

Aus der Landesnervenklinik Alzey
(Direktor: Ldt. Medizinaldirektor Dr. med. G. Lier)

**Erwägungen über das Zutagetreten einer markanten
Beziehungslosigkeit bei einem Schizophrenen
innerhalb bestimmter Situationen**

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz

dem Fachbereich Medizin vorgelegt von
URSEL MAEHRLEIN
aus Worms

Mainz 1980



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546305_0040

Aus der Landesnervenklinik Alzey

(Direktor: Ltd.Medizinaldirektor Dr.med.G.Lier)

ERWÄGUNGEN ÜBER DAS ZUTAGETRETEN EINER

MARKANTEN BEZIEHUNGSLOSIGKEIT BEI EINEM

SCHIZOPHRENEN INNERHALB BESTIMMTER SITUATIONEN.

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz
dem Fachbereich Medizin vorgelegt

von

Ursel Maehrlein
aus Worms

Mainz 1980



Dekan: Professor Dr.med. H.Leithoff

1. Gutachter: Professor Dr.med. J.Glatzel

2. Gutachter: Professor Dr.med. D.Langen

Tag der mündlichen Prüfung: 21. Mai 1980

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG	1
2.	DAS KRANKENBLATT.SCHILDERUNG DER ANDEREN	7
3.	SCHILDERUNG DES PATIENTEN	15
4.	INTERPRETATIONSVERSUCH	47
4.1	Überforderung durch mangelnde Fähigkeit, Informationen adäquat zu verwerten.	48
4.2	Unfähigkeit, Situationen dem allgemeinen Konsens gemäß zu deuten.	50
4.3	Orientierungsversuche im System ichfremder Maßstäbe.	53
4.4	Beziehungslosigkeit und deren mögliche Begleiterscheinungen.	54
4.5	Desintegration durch fehlende Eindeutig- keit.	56
4.6	Realitätsverlust auf dem Boden untaug- licher Deutungen.	58
4.7	Spezifische Definitionen der Situation und gänzliche Verkennung.	59
4.8	Erfolgloses Bemühen um Abgrenzung.	62
4.9	Selbstbehauptungsversuche im Verlauf des stationären Aufenthalts.	65
4.10	Hilflosigkeit auf dem Weg zur Remission.	66
4.11	Das Ringen um Selbstverständnis.	68
4.12	Blickwinkel.	71
5.	DISKUSSION	74
6.	DER UMGANG MIT DEM ANDEREN	76
7.	ZUSAMMENFASSUNG	86
	LITERATURVERZEICHNIS	87
	LEBENS LAUF	89

1.) EINLEITUNG

In dieser Arbeit soll versucht werden, etwas im psychiatrischen Alltag Geläufiges darzustellen. Es handelt sich um eine in ihrer Art besondere „Beziehungslosigkeit“ Schizophrener, die sich dem Untersucher meist schon während des ersten Gesprächs mit dem Probanden mitteilt.

Diesen Sachverhalt zu betrachten gilt es im Folgenden, wobei die Selbstschilderung eines Betroffenen eine wesentliche Rolle spielt.

Es fand sich ein ehemaliger Patient, seines Zeichens Psychologe, der bereit und in der Lage war, sein Erleben in Bezug auf die Aufnahme und den Aufenthalt in einer Nervenklinik retrospektiv zu schildern.

Wir danken nicht nur diesem, vor allen anderen auch Professor Dr.J.Glatzel, dessen Initiative und tätiger Unterstützung die Verfassung des Folgenden zu verdanken ist.

Wir werden es hier vorwiegend mit der Selbstschilderung eines intelligenten Menschen zu tun haben, die uns manche Zusammenhänge objektiven Un-Sinns erhellen kann. Eine individuelle Erklärung für Verhaltensweisen, die in der Verworrenheit der psychotischen Krise als abnorme imponieren, weist auf deren zwangsläufiges Entstehen auf dem Boden allgemeinen Urteilsverlustes hin und zeigt die relative Randständigkeit auffälliger Phänomene dessen, was man Schizophrenie zu nennen gewohnt ist. An dieser Stelle sei an GLATZEL's kritische Sentenzen erinnert im „Psychisch Abnormen“, wo er sich mit der Jasperschen „Prägekraft“ beschäftigt: „... Eben dieser Zugang zu dem, was man schizophren nennt, wird aber verstellt durch ein Verständnis

sogenannter psychopathologischer Symptome als wirkliche, unmittelbar am Kranken vorfindliche seelische Qualitäten, indem es dazu verleitet, auf „Schizophrenie“ aus der Beziehung rückzuschließen, statt sie eben in dieser zu erkennen. Schizophrenie entlarvt sich nicht in der Beziehung, sie wird in der Beziehung.“ (S.42)

Die Beziehung wird relevant, um ein „Etwas“ zu erfassen, welches „psychisch krank“ signalisiert: „Dieses „Etwas“ geht im Verfahren der Reduktion eines Ausdrucks – und Erlebensgesamt auf scheinbar präexistente psychopathologische Einzeltatbestände verloren, da es nur faßbar wird in der Beziehung, das heißt nur dann, wenn der Untersucher die eigene Einstellung, das eigene Erleben, das eigene Verständnis der Situation in den diagnostischen Prozeß mit einbezieht.“ (GLATZEL S.41, a.a.O.)

Nach JASPERS ist es ein Glücksfall, „... einen guten psychologischen Selbstbeobachter und auskunftsbereiten Menschen als Kranken zu explorieren...“. Desweiteren stellt er fest: „... daß nur einzelne seltene, sich selbst gut beobachtende Kranke diese allgemeine Psychopathologie, was das Material angeht, wirklich fördern können.“ (1963,244) Großen Wert legt er auf das „psychologische Urteil“ seiner Patienten, dem vertrauend die wesentlichen phänomenalen Tatbestände im Sinne einer von ihm geforderten subjektiven Psychologie erfaßt werden können.

„Denn die subjektive Psychologie führt immer zur letzten Erfüllung der Begriffe und Meinungen in der inneren Vergegenwärtigung und Anschauung des Seelischen... Die subjektive Psychologie fragt sich – ganz allgemein gesagt – wovon ist das seelische Erleben abhängig, was für Folgen hat es, was für Zusammenhänge sind in ihm zu erfassen. Antworten auf solche Fragen sind ihre eigentlichen Erkenntnisziele.“ (1963,315)

Neben den Mitteln der Ausdrucksbewegung und der Exploration zur Festlegung dessen, was Kranke wirklich erleben, nennt JASPERS die Selbstschilderungen, „... die selten gut, dann aber immer sehr wertvoll und eventuell benutzbar auch ohne persönliche Kenntnis der Verfasser... Von ganz besonderem Werte sind aber die guten Selbstschilderungen.“ (1963, 320)

Dieses „wirkliche Erleben“ der Kranken, bzw. : „Das Bemühen im Einzelfall um die „wirklichen“ seelischen Phänomene bleibt ein Suchen nach einem Phantom.“, so GLATZEL, „Es gibt sie nicht, nicht als isolierbare, von „objektiven Erscheinungen“, den „Durchgangspunkten“ abgelöste seelische „Tatbestände“, die zu einer Symptomliste zusammenzufassen wären.“

Das diagnostische Erfassen ist mit der „reinen“ Psychopathologie, dem Herausschälen psychopathologischer Einzeltatbestände, unmöglich, denn das, was überhaupt die Rede von einer Schizophrenie, Zylothymie etc. legitimiert, liegt nicht allein im Kranken.“ (Das Psychisch Abnorme S.41)

Daß die Selbstschilderung, - wenn auch aus anderem Blickwinkel-, in unseren Tagen nicht an Bedeutung verloren hat, sei mit dem Worten GLATZELS unterstrichen: „Auf den Erkenntniswert guter Selbstschilderungen seelischer Krankheitszustände hat schon Jaspers hingewiesen und auch darauf, daß derartige Berichte außerordentlich selten sind. In der schönen Literatur finden sich bisweilen Darstellungen offensichtlich zylothymen Verstimmungen, wenn auch in wesentlich geringerer Zahl als solche eines schizophrenen Erlebenswandels. Derartige Dokumente sind jedoch aus psychiatrischer Sicht von nur begrenztem Wert, weil es dem Autor in seiner Schilderung um ein „Mehr“ als nur den klinischen Bericht geht. Die meist gleichzeitig angestellten Reflexionen „verfälschen“ in der Regel das Bild, indem sie das Einmalig-Besondere auf Kosten des Typischen überzeichnen. Die Forderung von Jaspers, gute Selbstschilderungen seelisch Kranker zu sammeln, hat daher nach wie vor Gültigkeit.“ (1973)

Es scheint ein seltenes Ereignis zu sein, verbale Reflexionen über Aufnahme und Aufenthalt in einer Nervenklinik zu erhalten. Nicht nur, daß man Verständnis für das Umschweigen gerade dieses Themenkreises haben kann, -empfindet der jeweils Betroffene seine Psychiatrie- sierung in den seltensten Fällen doch als etwas zwanglos zu Äußerndes-, sondern es ergibt sich auch nicht häufig die Gelegenheit, in unverletzlicher Form, - man möchte sagen, ohne Not, - diese Dinge anzusprechen.

Die Situation, in der sich gewöhnlich Arzt und Betroffener in der Psychiatrie begegnen, läßt selten Raum für derlei Erwägungen, und die Verfassung des jeweils zu Untersuchenden ist meist nicht so geartet, daß mit dem nötigen Abstand und in ausreichend stabiler seelischer Befindlichkeit diese Dinge Gesprächsgegenstand sein könnten.

In unserem Falle ergab sich die Möglichkeit, zehn Jahre nach dem in Rede stehenden Ereignis, von dem seit dieser Zeit nicht wieder erkrankten Mann die der Arbeit zugrundeliegende Schilderung zu erhalten.

Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, an Hand eines Krankenblattes und unter Zuhilfenahme einer ausführlichen Schilderung des vom psychiatrischen Interesse Betroffenen, darzustellen, in welcher besonderen Weise, - unter der Bedingung einer vorliegenden akuten Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis -, es zu einem Phänomen kommt, welches man mit Beziehungslosigkeit innerhalb bestimmter Situationen bezeichnen könnte.

Herausgegriffen wird die konkrete Situation einer Aufnahme in eine Nervenklinik und einige Tage der stationären Behandlung.

Im Besonderen soll das Erleben des im psychiatrischen Sinne Kranken, hineingestellt in diese äußeren Gegebenheiten, beschrieben werden.

Den weiteren Ausführungen sei das vollständige Krankenblatt vorangestellt, welches späterhin, dank der freundlichen Bereitschaft des ehemaligen Patienten, mit diesem hat besprochen werden können. Seine retrospektiven Erklärungen und Aufschlüsselungen sind Grundlage und Anlaß, Erwägungen darüber anzustellen, in welcher Weise die weiter oben sogenannte Beziehungslosigkeit auftritt.

Vor allem handelt es sich um die mangelnde Übereinstimmung im Verkehr mit der Umwelt, bedingt durch individualtypisches Verkennen wesentlicher Merkmale bestimmter Situationen.

Daß dieses auf einer funktionellen Behinderung kognitiver Prozesse, auf welchem Boden auch immer, beruhen könnte, erscheint immerhin denkbar.

Auf jeden Fall handelt es sich um ein „Aneinander-Vorbei“, welches sich im unterschiedlichen Verständnis der Gegebenheiten manifestiert und die Störung eines Individuums offenbar werden läßt, keine andere denn die eigene Weltsicht zu erkennen mit all den daraus resultierenden auffälligen Verhaltensweisen, die eigentlich nichts als unpassende Repertoireübungen zu sich verändernden Situationen darstellen, im subjektiven Bemühen, der persönlichen Norm nicht verlustig zu gehen.

Es soll versucht werden, die objektiven, diagnostisch relevanten Verhaltensauffälligkeiten in einem anderen Lichte zu betrachten; nicht, als seien die später im Krankenblatt beschriebenen Phänomene etwas eigenständig am Kranken Haftendes, vielmehr soll das im Wortsinn „Ver-rückte“ als Herausgerücktsein verstanden werden, etwas, was sich im Sein mit anderen erst erweisen kann und in der besonderen Beziehung zur Umwelt zutage tritt.

In unserem Falle geht es um die Beziehung:psychiatrischer Untersucher und Patient; „Umwelt“ ist im Vorliegenden auf eine psychiatrische Institution begrenzt.

Des weiter oben gewünschten Blickwinkels wegen ergibt sich eine Umwertung psychopathologischer Einzelheiten zugunsten eines den Dissens zwischen Arzt und Patient hervorhebenden Standpunkts. Mancher psychopathologische Tatbestand ist Ausdruck einer ungelungenen Beziehung.

Hierzu GLATZEL: „ „Läppisches“ Verhalten etwa ist - entgegen einem allgemeinen Sprachgebrauch - keine psychopathologische Qualität. Diese Bedeutung gewinnt es lediglich dadurch, daß es ein abgewandeltes Situationsverständnis anzuzeigen vermag, dem es angemessen ist. Eine Verhaltensstörung ist im Sinne der Psychopathologie erst dann weiterführend analysiert, wenn sie nicht mehr als „Störung“ verstanden wird, sondern als sinnvoller Ausdruck einer Einstellung, die sich konsequent aus einer subjektiven Bedeutung der situativen Konstellation ergibt, die zu analysieren Aufgabe einer interaktionalen Psychopathologie ist.“ (Das Psychisch Abnorme, S.66).

2) DAS KRANKENBLATT:

Notiz:

Gegen 18 Uhr Anruf aus dem Institut, Student, 5.Semester, sei psychisch erheblich auffällig geworden, in der Stadt umhergeirrt u.s.w. Patient kommt in Begleitung von Dr.X und eines Psychologen. Deutliche Wahnstimmung, Beziehungsideen, ratlos, ängstlich. Exploration praktisch nicht möglich. Leistungsknick vor einigen Monaten. Danach Reise nach Marokko. Dort festgenommen. Gibt an, gehascht zu haben.

Diagnose: M.Bleuler

Der Patient wurde als Notaufnahme nach vorheriger Anmeldung aus dem psychologischen Institut auf unsere Station von der diensthabenden Ärztin aufgenommen.

Angaben des Patienten: Es muß betont werden, daß durch die außerordentliche Inkohärenz des Patienten nur sehr spärliche und zudem wahrscheinlich nur wenig verwertbare Angaben gewonnen werden konnten. Um das Verhalten des Patienten anschaulich zu machen, sollen neben die Fragen und betreffenden Antworten die jeweiligen Verhaltensweisen und inkohärenten Antworten des Patienten gestellt werden.

Familiäre Anamnese:

Der Vater sei im Kriege gefallen („ die letzte Tablette schmeckt am besten“). Die Mutter lebe noch und sei gesund („so kühl ist es eigentlich nicht“). Der Pat. zieht seinen Sakko aus. („Ich habe noch zwei Streichhölzer“).

Er habe eine jüngere Halbschwester, nähere Angaben zu ihr macht der Pat. nicht. (Der Pat. zieht seinen Sakko wieder an und setzt sich auf einen anderen Stuhl. Er möchte seine postlagernde Post mit Hilfe eines Gutscheins einer ausländischen Fluggesellschaft beim Postamt anfordern.) Bei der Frage nach familiär-gehäuften Krankheiten zeigt er ein Identitätspapier, das die Ausreise aus Marokko erlaubt hat. (Er blättert in einem Buch. Er nimmt gesammelte Briefmarken aus seiner Briefftasche und zeigt dem Untersucher eine Briefmarke und sagt dazu: „ Diesen Brief habe ich in Frankreich bekommen.“

Er schaut zum Fenster hinaus und sagt: „ ich habe schon einmal 2 Fensterscheiben eingeworfen in Frankreich“.) Bei wiederholter Frage sagt der Pat., sein Stiefvater sei zuckerkrank.

Eigene Anamnese:

Geburtsverlauf unbekannt. Die Frage nach Kinderkrankheiten ergibt keine Informationen (statt dessen nimmt der Pat. eine Kleiderbürste und bürstet seine Kleidung aus.) Tonsillektomie, der Zeitpunkt ist nicht erinnerlich. Wenn man auf Fragen überhaupt Antworten erhält, so erst nach langen Pausen.(Der Pat. holt einen Stein aus der Hosentasche und benutzt ihn als Briefbeschwerer. „In Spanien habe ich Oliven gegessen.“ Auf die Frage, was das mit dem derzeitigen Gespräch zu tun habe, äußert der Pat. „nichts“).

Soz. Anamnese:

(Der Pat. drückt eine Zigarette aus und sagt: " Jetzt mache ich mir die Hände schmutzig." Er fordert den Untersucher auf, den Kittel auszuziehen und die Jacke

des Pat. anzuziehen. Diese sei aus Frankreich. Auf die Antwort, daß er seine Jacke noch selbst brauche, sagt der Pat. "obwohl sie aus Frankreich ist, brauche ich sie noch. - Es ist eigentlich ziemlich warm hier, ich könnte auch den Pullover ausziehen.") Keine Angaben zur Kindheit und zur Volksschule. (Der Pat. entschuldigt sich einen Augenblick, er müsse zur Toilette.

Der Pat. kehrt aber nicht mehr ins Zimmer zurück, sondern geht draussen spazieren, wo er geholt werden muss. " ich war solange im Freien"). In München sei er vom Gymnasium geflogen, ob der Grund die mangelnde Leistung oder mangelnde Disziplin war, ist nicht zu eruieren. (" Ich bin beim Friseur gewesen"). Das Abitur habe er in Berchtesgaden in einer Privatschule gemacht. (" Da steht ein Rasierpinsel und Palmoliv-Seife." Nach der Bedeutung dieser Gegenstände befragt,: " weiß ich nicht". Er blättert in einer Zeitschrift und kommentiert die Anzeigen wie z.B.: " Hier gibt es Orangensaft. - Draussen gefällt es mir besser. Hier drinnen ist es auch gut. Die letzte Tablette war am besten"). Nach dem Abitur sei er nach Tunesien gefahren (" in Marokko habe ich einen Fotoapparat verloren, besser gesagt 2." „Ein Glas Wein würde ich trinken".) Er sei Programmierer bei den Flugzeugwerken B. bei München gewesen. Über die Dauer der Anstellung macht der Pat. keine Angaben. (Der Pat. verlangt einen Kugelschreiber, um einen Gutschein unterschreiben zu können, dann äußert er jedoch:" aber ich brauche ihn nicht zu unterschreiben. - Das saubere Tischtuch fällt auf". Nach der Bedeutung gefragt:" Für mich bedeutet weiß Neutralität." Nach der Bedeutung der Neutralität gefragt: " so neutral bin ich garnicht wie Sie denken." Befragt,wann er Partei ergreife: " Als ich neulich im Club war, fiel mir auf, daß da zu sehr sauber gemacht wurde." Der Pat. stellt wieder Stühle um. Befragt, ob er die Umwelt verändert habe,:

" der AC hat sie verändert." Befragt, ob er sich selbst verändert habe: " das glaube ich nicht." Der Pat. holt sich ein Glas Wasser, trinkt 2 Schluck und schüttet es wieder aus. Nach akustischen Halluzinationen befragt: " Gelegentlich". Es seien verschiedene Stimmen, nähere Angaben sind nicht zu erhalten. Der Pat. läuft im Zimmer auf und ab, beschaut sich die Nachttische und andere Einzelheiten genau, schaut aus dem Fenster, grinst, " wenn ich Haschisch kaufen wollte, würde ich nach Marokko fahren." Auf die Frage, ob er nach Marokko geflogen oder per Anhalter gefahren sei, äussert der Pat.: " ich bin noch nie geflogen, in Frankreich hätte ich fliegen können, weil die Hubschrauber haben. Ich habe lange bei der Fa.B. gearbeitet, die bauen auch Hubschrauber." Der Pat. blickt aus dem Fenster: " Schade, daß ich nicht auf den Baum klettern kann, der ist zu hoch, da müsste man eine Leiter haben". Nach Beeinflussungserlebnissen befragt: " Ja, gelegentlich, von der Umwelt." Detaillierte Angaben hierzu erhält man nicht. Nach einer Leistungsminderung befragt, erklärt der Pat.: " Nein, ich leide darunter, daß ich keinen Kugelschreiber habe und die Zeitung nicht lesen kann". Er lacht. Nach dem Motiv befragt: " Ich darf doch lachen, ich lache eben gern." Er fühle sich gesund, lehnt aus diesem Grunde die körperliche Untersuchung zunächst ab. Der Pat. bemerkt, das Kruzifix hänge höher. Später äussert er "da steht ein Tonband" (Stenorette). Nach der Bedeutung befragt: " Vielleicht soll ich kontrolliert werden."

Befund:

... Die Prüfung der Konvergenzreaktion ist nicht möglich, da sich der Pat. weigert mitzuarbeiten, da er sich hypnotisiert fühlt... Die Vorhalteversuche scheitern an der unbegründeten Verweigerung der Mitarbeit des Pat... (Der körperliche und neurologische Befund zeigte keine als pathologisch zu wertenden Auffälligkeiten.)

Psychisch:

Der Pat. ist bewußtseinsklar. Er zeigt eine hochgradige Inkohärenz. Am Aufnahmetag allseits orientiert, 3 Tage später zeigte sich eine vorübergehende unscharfe zeitliche Orientierung. Merkfähigkeit, Altgedächtnis und Frischgedächtnis sind intakt. Die Stimmung schwankt zwischen Euphorie, Dysphorie und Ängstlichkeit; die Mimik zeigt wenig Bewegung, auf Fragen reagiert der Pat. manchmal mit dem Herabziehen der beiden Mundwinkel, bei einem "aha- Erlebnis" erscheint ein Lächeln auf dem Gesicht. Psychomotorisch zeigt sich eine leere Betriebsamkeit, "gelegentliches" Stimmenhören. Anhaltspunkte für einen möglicherweise bestehenden Wahn waren bisher nicht zu erhalten.

Spezielle Anamnese:

Zum Beginn und bisherigen Verlauf der jetzigen Erkrankung sind keine Angaben zu erhalten.

Verlauf:

Telephonische Angaben der Mutter: Großvater mütterlicherseits des Patienten: Suicid mit 36 Jahren. Ein Großonkel mütterlicherseits des Patienten habe eine Schizophrenie gehabt.

Die Marokko-Reise des Sohnes im Sommer diesen Jahres sei für drei Wochen geplant gewesen, daraus seien drei Monate geworden. Der Patient sei in Marokko ohne Papiere aufgefunden worden. Mit einem provisorischen Identitätspapier der Deutschen Botschaft sei er über Spanien nach Deutschland abgeschoben worden. In K. sei er von der Polizei ohne Geld aufgegriffen worden, diese habe ihn in einen Zug nach M. gesteckt, er habe M. jedoch nicht erreicht, sondern sei in X. eingetroffen.

Aus dem Gespräch wird deutlich, daß sie die mögliche Notwendigkeit einer stationären Aufnahme nicht ganz unvorbereitet traf.

Angaben einer Freundin: Nach seiner Rückkehr aus Marokko sei der Pat. beim Essen vom Tisch aufgestanden und habe erklärt, er müsse einem Freund jetzt mitteilen, daß er soeben Käse gegessen habe, bzw. einen andern anrufen, daß er gerade Wurst gegessen habe.

Nachexploration:

Im Frühjahr des Jahres LSD genommen, später Haschisch, drei bis vier Wochen nach dem letzten Haschisch-Genuß, im August d.J. erst- und einmalig Stimmen gehört während eines Gefängnisaufenthaltes in Spanien. Aus einem Luftschacht sei eine neutrale bis aggressive weibliche Stimme zu hören gewesen, die derjenigen der "Frau Saubermann" (Werbefunk) geglichen habe. Mit dieser (deutschen) Stimme habe er richtige Unterhaltungen geführt. Sie habe ihm z.B. geraten, in einer Einzelzelle zu bleiben, da gehe es ihm besser. Bei den Unterhaltungen habe er laut geantwortet.

Am Aufnahmetag sei er zur Universität gegangen und habe sich irgendwo ein Vorlesungsverzeichnis ausleihen wollen. Bei diesem Vorhaben habe er sich sogar an die Vorzimmerdame des Dekan gewandt.

Er habe nie das Gefühl gehabt, daß sich die Umwelt verändert habe. Die Erinnerung an den Aufenthalt in Frankreich und Spanien stelle sich erst jetzt ein.

Herr P. gibt an, sich wohl zu fühlen. Nur eine gewisse Konzentrationsschwäche mache ihm noch zu schaffen. Auf die Frage, welche Krankheit er zu haben glaube, meint er: " Vielleicht eine Schizophrenie (wurde ihm von uns nicht bestätigt) aber schizoid bin ich sicherlich."

Pat. bietet ein postremissives Erschöpfungssyndrom mit Antriebsstörung und Konzentrationsschwäche.

Pat. äußert den Wunsch, bzw. die bestehende Möglichkeit, eine Galerie (Graphiken) in der Altstadt zu eröffnen.

Entlassung. Der Pat. wurde zu seiner Mutter nach M. entlassen mit der Auflage, wenn er nicht sofort in der dortigen Psychiatrie aufgenommen wird, sich in fachärztliche Behandlung und Kontrolle zu begeben.

Epikrise:

Aus der Familienanamnese ist erwähnenswert, daß ein Grossonkel mütterlicherseits schizophren gewesen sein soll, ferner, daß ein Grossonkel ebenfalls mütterlicherseits mit 36 Jahren durch Suicid endete.

Herr P. wurde als Notfall von einem Assistenten des Psychologischen Instituts zur Aufnahme gebracht, nachdem er durch sein merkwürdiges Verhalten auffällig geworden war. Er befand sich in einer deutlichen Wahnstimmung, äusserte Beziehungsideen, war ratlos, ängstlich, psychomotorisch aber auch erregt. Eine Exploration des in seinen Gedankengängen extrem inkohärenten und sprunghaften Patienten war zunächst nicht möglich, immerhin konnten aber akustische Halluzinationen eruiert werden, darüber hinaus war er durch zahlreiche sogenannte "Aha-Erlebnisse" auffällig.

Nach späteren zum Teil von dritten Personen übermittelten Angaben kam es etwa im Frühjahr d.J. zu einem deutlichen Leistungsknick des jetzt im 5. Semester stehenden Psychologiestudenten. In den folgenden Sommerferien reiste er nach Marokko, geriet dort in zweifelhafte Kreise, in denen er unter anderem auch Haschisch rauchte. Als er nach einigen Wochen von der Polizei aufgegriffen wurde, besass er nichts mehr, selbst Papiere konnte er nicht mehr vorweisen. Unter Einschaltung der Deutschen Botschaft wurde er über Spanien - dort mehrtägige Inhaftierung wegen illegalen Aufenthaltes - nach Deutschland zurückgeschickt.

Die Vermutung liegt nahe, daß Herr P. schon vor der Auslandsreise durch eine beginnende schizophrene Psychose beeinträchtigt war. Den Angaben des Patienten ist zu entnehmen, daß eine akute schizophrene Symptomatik mit akustischen Halluzinationen erstmals während des Gefängnisaufenthaltes in Marokko aufgetreten zu sein scheint. Unter der neuroleptischen Therapie (Glianimon) war innerhalb weniger Tage eine deutliche Besserung zu erzielen. Herr P. stand seinem vorangegangenen Verhalten teils verständnislos gegenüber, teils versuchte er etwas beschämt eine entschuldigende Erklärung zu finden. Von seinen früheren psychotischen Erlebnissen distanzierte er sich völlig. In den Vordergrund rückte danach eine allgemeine Leistungsinsuffizienz, begleitet von einer depressiven Verstimmung und Selbstmordgedanken. Während der letzten Tage kam es jedoch ziemlich plötzlich zu einem deutlichen Umschwung. Der Patient fühlt sich wieder völlig beschwerdefrei und ist nur mit Mühe davon abzubringen, bindende Verträge z.B. die Miete für einen Laden, um eine Galerie zu eröffnen, zu unterschreiben"...

3.) SCHILDERUNG DES PATIENTEN

Wie der Patient selbst seine Aufnahme in eine Nervenklinik und seinen Aufenthalt dort erlebte, sei mit seinen eigenen Worten illustriert:

" Da stand ich da. Jetzt war gerade der letzte Tag, um sich einzuschreiben, also Rückmeldefrist. Es traf sich gut. Mit anderen Worten, die Nacht hatte ich da in meiner eigenen - oder ehemals eigenen Wohnung auf dem Boden schlafen können in einem Schlafsack bei dem einen im Zimmer und nächsten Vormittag ging ich dann hoch in die Uni, um mich rückzumelden und hatte kein Vorlesungsverzeichnis gesehen und ging auch deswegen und um mich überhaupt da mal umzuschauen, ob sich da auch alles so radikal zum Schlechteren verändert hat, ging ich mal in's Institut. Den X. kannte ich ein bißchen, der war damals Assistent noch, jedenfalls habe ich bei ihm geklopft und wollte wissen, was für Veranstaltungen stattfinden.

Inzwischen hatte die Freundin wohl schon Alarm geschlagen im Institut, daß ich nicht ganz dicht bin oder so.

Der hat mich ganz freundlich hingestellt, und mir eine Tasse Tee hingestellt, - ich wollte ja nur diesen Zettel sehen, was für Veranstaltungen sind usw. damit ich das ins Studienbuch schreiben kann - und der hat dann alles so umständlich gemacht und also Tee hingestellt und ich fühlte mich einmal ein bißchen geehrt durch diese Behandlung, aber andererseits kam's mir komisch vor. Dann holte er vom Korridor noch irgendeine Studentin und setzte die auch dahin und läuft weg, also der Mann war plötzlich so hektisch irgendwie, wie ich ihn sonst nicht erlebt habe, völlig ruhig, ich hatte den nie vorher mal schnell ausschreiten sehen und die Freundin hatte ja nur

den kleinen Ausschnitt meines Verhaltens beobachten können und das, was in mir nun alles vorging, da konnte ich mich auch ihr gegenüber gar nicht äußern, weil ich auch gesehen habe, daß die mein Ableben billigend in Kauf genommen hatte inzwischen und sich danach eingerichtet hatte. Insofern hatte ich zu ihr kein Vertrauen und konnte mich bei ihr auch nicht irgendwie aussprechen, hatte auch Inhalte, die ich auch jemandem, zu dem ich Vertrauen gegenüber- nur schwer hätte äußern können, oder nur schwer hätte verständlich machen können wenn überhaupt.

Jedenfalls jetzt bei X. vor der Teetasse. X. kam nach einer Weile zurück in sein Zimmer und ging gar nicht mehr darauf ein, daß ich ein Vorlesungszeugnis einsehen wollte und sagt, ich möchte doch gerade mal mitkommen zu Y. ins Zimmer; das fand ich ungewöhnlich, bin aber brav mitgedappt, warum hätte ich, es gab ja keinen Grund, warum ich hätte nicht mitgehen können, oder sollen. X. hat gesagt, wo ich denn herkomme und was ich so gemacht hätte in letzter Zeit und ich habe gesagt, ich war in Marokko gewesen und dann in Spanien und dann in Frankreich und war eingesperrt gewesen, aber nicht wegen Dingen, die nach deutschem Recht strafbar sind. Habe ihm gesagt, ich wollte mich zurück= melden zum Studium.

Habe ihm nicht gesagt diese Gesichte mit der Wohnung. Im Grunde weiß ich nicht mehr genau, was ich gesagt habe, jedenfalls nur das Nötigste. Nicht unbedingt Sachen, die ihn normalerweise gar nichts angingen. Wurde ich wieder zurückbegleitet vor die Teetasse in X's Zimmer und harrete wieder eine Weile aus, inzwischen hatte ich auch wohl ein Vorlesungszeugnis bekommen, dann sagte der X. nur sie führen runter in die Stadt, ich sollte mitfahren.

Vielleicht war das ein Mittwoch, ich hatte die Idee, vielleicht fahren die zum Psychologenstammtisch.

Überhaupt fand ich erstaunlich, wie freundlich die zu mir sind. Das war mir vorher noch nicht vorgekommen. Da fuhr noch einer mit, ich weiß nicht mehr, wer das war. Die fuhren zu zweit, ich saß im Fond, ich weiß noch, der Fahrer war ziemlich nervös, der mußte einmal ganz scharf bremsen, weil er ein bißchen dusslig gefahren war, an die Wegstrecke erinnere ich mich nicht mehr genau, ich weiß nur diesen Moment, wo der plötzlich so scharf gebremst hat, weil er wohl die Vorfahrt genommen hat. Die nächste Szene war dann auf einmal da unten in dem Stationszimmer in der Nervenklinik.

Ich möchte sagen, daß ich nicht bestreite, auf eine fremdartige Weisa, auf eine eigentümliche Weise damals erlebt zu haben, daß ich nicht ganz bewußtseinsklar war. Ich war ein bißchen daneben. Vieles aus meinem damaligen Erleben ist mir ganz leicht verständlich, ist mir plausibel, was für den Außenstehenden bzw. den, der mich damals gesehen hat, nicht plausibel sein kann, auf den Eindruck hin. Ich erinnere mich im folgenden jetzt, bei der Aufnahme hier ich war desorientiert, ich wußte nicht, wo ich bin, ich wußte wohl, wo ich vorher war, wo ich hergekommen war, daß ich auf der Uni war, daß ich in der Stadt war und das alles, aber hier im Haus wußte ich nicht, wo ich bin, es hatte mir auch niemand gesagt vorher, ich war im Auto mitgefahren in der Meinung, es ginge in die Stadt hinunter, eventuell zu so einem Psychologenstammtisch, oder der Fahrer fährt in die Stadt, wo er mich dann absetzt.

Man hatte, da im Institut, nicht mit mir besprochen, man hatte mir nicht gesagt, also hör mal, du hast Probleme, du hast keine Wohnung, wäre es nicht das Gescheiteste, dich in die Klinik zu legen, evtl. wäre ich dazu bereit gewesen. Das hat mir also niemand gesagt, ich kannte auch das Klinikgelände nicht so gut, daß ich mich durch einen gelegentlichen Blick aus dem Fenster hätte sofort orientieren können.

Haben Ihnen die beiden überhaupt keine Aufklärung gegeben, wo sie hinfahren?

Nein. Nein, mir kam's komisch vor, ich wußte nur, daß ich ja nichts ausgefressen habe jetzt nach deutschem Recht, in Frankreich war ich ja wegen Landstreicherei verurteilt gewesen, aber das ist ja nach deutschem Recht nichts, und deshalb, weil ich eben das Gefühl hatte, nichts ausgefressen zu haben, dachte ich auch, könnte nicht eine Strafaktion gegen mich in Gang gesetzt werden, ich war vertrauensvoll diesen Leuten gegenüber, ich war etwas verwundert, daß die mich eingeladen haben, da mitzufahren, das war mir als Student im damals 5.Semester, der sich relativ wenig da auf der Uni rumtreibt, nicht gewöhnlich. Sofort, sofort bei der Ablieferung hier, müssen diese Kollegen verschwunden gewesen sein, von jetzt ab sind es nur noch so Augenblicksszenen, an die ich mich erinnere.

Sie erinnern sich nicht mehr ans Aussteigen?

Nein, nicht mehr an das Continuum, nur noch an einzelne Situationen, die aber dafür sehr prägnant im Gedächtnis sind. Die nächste Situation nach der Fahrt, ich habe ja erwähnt, der hat so scharf gebremst, das weiß ich noch, die nächste Situation war dann hier unten im Stationszimmer.

Sie wissen nicht mehr, wie Sie durch die Tür gekommen sind?

Doch, ich weiß, daß die von innen aufgemacht wurde, daß die Beiden, die mich begleitet hatten, nicht gerade reingeschubst haben, aber die sind dann sehr schnell weg gewesen. Ich wurde von einem Weißbekittelten, es war auch alles so weiß und blendend irgendwie, in das Stationszimmer geführt und dort auf eine Couch gesetzt. Da saß ich halb, ja ich saß wohl, meine Füße hatten keinen Kontakt mit dem Boden, mein Rücken hatte keinen, ich hatte nicht die Möglichkeit, mich anzulehnen, sonst hätte ich mich ja gewissermaßen hingeflegelt und in einer nicht sehr würdevollen,

in einer Körperhaltung, die ich mir nicht unbedingt von alleine aussuchen würde, saß ich da.

Hatten Sie einen Grund, sich wohlzuverhalten?

Das ist so in mir drin, daß ich mich manierlich verhalten möchte.

Ein normaler Stuhl war nicht da?

Weiß ich nicht, ob der da war, aber wenn, dann war der für die andern da, denn mich hatte man gebeten, da auf der Liege Platz zu nehmen, von alleine hätte ich mir dieses Möbel nicht ausgesucht, aber, zu stehen wollte man mir vielleicht auch nicht zumuten und hatte gebeten, da Platz zu nehmen.

Sie wissen nicht mehr, ob Sie da erstmal im Flur rumstanden, wie man auf Sie zukam?

Nein, ich wurde direkt in das Stationszimmer geführt, ich stand da nicht rum, ich hatte auch nicht wahrgenommen, was da sonst noch für Leute sind, sondern hatte unmittelbar mit Weißbekittelten zu tun. Dabei konnte ich unter Pflégern und Ärzten nicht unterscheiden, weil mir überhaupt zunächst nicht bewußt war, daß ich in einer Nervenklinik bin.

Dachten Sie an Krankenhaus?

Ja, ich dachte, nein, ich wußte gar nicht, was los ist, ich dachte auch nicht an Krankenhaus. Ich dachte dann später, als ich schon ein paar Stunden da war, das habe ich ähnlich, wie ich das im Gefängnis mal gemacht habe, da habe ich mich reingesponnen in die Idee, ich bin auf einer Party, so hatte ich mich reingesponnen in die Idee, ich sei im Haus einer Studentenverbindung, wo man irgendeinen Feez mit mir macht und wo es seltsame Rituale gibt, die ich nicht kenne und wo ich nun auch Zielscheibe von Spott und auch lächerlich bin, dadurch, daß ich diese Rituale nicht kenne, so hatte ich mir da was zusammengedacht. Daß man sich also mit mir einen

Jux macht, so dachte ich später. Zunächst, unmittelbar bei der Aufnahme, das war sehr beklemmend.

Im Raum waren mindestens drei, zeitweise vier Personen anwesend, vielleicht auch mal zeitweise nur zwei. Aber ich hatte den Eindruck, da eingekreist zu sein.

Nur durch die Vielzahl?

Ja, ich wurde gefragt, ich wurde alles, ich wurde dauernd gefragt, nun, in mir gab's eine ganze Menge Fragen, aber die waren schneller, die andern waren schneller, ich glaube nicht, daß alle gefragt haben, aber es haben zu gleicher Zeit mehrere, mindestens zwei Leute, versucht, mit mir zu sprechen, oder mich anzusprechen. Das war verwirrend. Ich wußte, also aus dem Inhalt der Fragen, kam ich mir verarscht vor.

Es kann sein, so eine Frage wie „wissen Sie, wo Sie sind“ oder so was. Und da kam ich mir verarscht vor, weil ich dachte, der weiß das doch, es war auch eine Frau dabei, die weiß das doch viel besser, wo wir hier sind. Also die fragt das, nicht weil die wissen will, wo wir hier sind, sondern, weil sie irgendwas anderes wissen will. Was will sie wissen und wozu und was ist opportun zu antworten. Indem ich ehrlich bin zuzugeben, daß ich nicht weiß, wo ich bin, nicht genau weiß, wo ich bin, mache ich mich dadurch lächerlich oder wirke ich dadurch verrückt oder, das hat mich gehemmt, ich konnte dann wohl gar nicht antworten.

Woraus haben Sie geschlossen, daß Sie den Leuten gegenüber verpflichtet sind zu antworten?

Durch tausend Dinge, auch zum Beispiel durch die Symbolik der Körperhaltungen, ich war buchstäblich in einer Lage, die mich schon relativ den andern gegenüber als unterlegen darstellte, oder wo ich mich unterlegen gefühlt habe. Die andern Personen standen teilweise um mich, auch so, daß die Richtung zur Tür blockiert war durch Personen, also,

ich hätte mich an denen vorbeidrängeln müssen, wenn ich aufgestanden wäre und hätte zur Tür gehen wollen, die standen ganz bequem, ich saß sehr unbequem. Aber das ist ja nun so eine nebensächliche Geschichte für die andern Personen, ob ich da nun bequem sitze oder nicht, daß ich das nicht aussprechen konnte.

In dem Zimmer erschienen mir viele Dinge fremdartig, ganz offensichtlich war es kein privat bewohntes Zimmer, sondern ein offizieller Raum, wo aber so manches Private trotzdem darin zu entdecken war, es gab also eine offizielle Einrichtung, offizielle Dinge, die da rumlagen, Stapel von Akten und Ordnern, private Dinge wie Kaffeetassen, die irgendwie signalisierten, daß hier Menschen sind. Und da saß ich im Zimmer und versuchte, mir das irgendwie zusammenzuklauben, ein Bild zu bekommen, was ist normalerweise in diesem Raum.

Da war so eine Stenorette, ich habe dann gefragt, wieso ist diese Stenorette hier, ist dieses Tonband gerade auf Aufnahme geschaltet. Zurück kam die Frage, ja, haben Sie davor Angst oder irgendwie. Es war für mich eine völlig abstruse Art von Kommunikation, weil, auf Fragen von mir kamen prinzipiell Fragen und wenn ich den Mund hielt, kamen Fragen, deren Sinn ich nicht verstanden habe, also wohl den Sinn der Frage, aber nicht den Sinn, warum man mich danach fragt, denn das ging meistens um Dinge, die den andern genauso bekannt waren wie mir, oder es ging um Dinge, wo ich dachte, das geht die doch gar nichts an.

Erinnern Sie sich an etwas Bestimmtes, wo Sie das Gefühl hatten, das geht die nichts an?

Ja, die fragten mich wo ich herkomme, zum Beispiel. Wenn man von der Polizei aufgegriffen wurde, die fragten

dann auch, wo ich herkomme; auf die Frage, wo kommst du her, da gibt's so sehr viele Antworten. Wenn der Kontext eindeutig ist. Dann ist die Antwort eindeutig. Wenn Sie mich jetzt fragen, wo kommst du her, dann würde ich sagen, ich komme gerade aus der Stadt. Aber damals wußte ich oft nicht, auf welchen Kontext die Leute rauswollen; wenn ein Polizist mich an der französischen Grenze fragt, wo kommst du her, dann hatte der wahrscheinlich erwartet, daß ich sage, ich komme gerade von Spanien. Als ich unten im Stationszimer gefragt wurde, wo kommst du her, da mußte ich mir Überlegen, welcher Kontext ist hier, welche Erwartungen. Wenn ich jetzt sage, ich komme gerade von der Uni und dann wird mir das vielleicht als Frechheit ausgelegt oder sowas, weil die ganz was anderen hören wollen; wenn ich sage ich komme aus marokkanischen Gefängnissen, um nun auch meinen Zustand zu motivieren, über den ich mir ja auch irgendwie im Klaren war, da dachte ich, wenn ich das sage, dann checken die das erst recht nicht, dann denken die, der spinnt, weil er ja jetzt gerade von der Uni kommt. Oder wenn ich sage, ich komme aus München oder so, dann kann mir auch jeder sagen, ja du kommst doch gerade eben nicht aus München, was meine Heimat ist. Ich hatte auch nicht den Nerv, um weiter zurückzufragen, wie meinen Sie die Frage, um den Kontext zu klären, weil mir die Situation zu aggressiv war. So, wie ich nämlich eine Frage zurückgestellt habe, wurde sofort wieder aus einer anderen Ecke auf mich geschossen, wieso interessiert dich das, ich war völlig wie in einem Kreuzverhör. Ich war dann verunsichert und habe dann nur noch Blödsinn produziert. Ich hatte den Eindruck, die Umstehenden wollen mich zu Äußerungen zwingen, egalweg, ob ich mich nun äußern möchte oder nicht, und egalweg, ob ich nun eigentlich an die Fragen habe, die mich nun erstmal interessieren, bevor ich mich äußern kann, sinnvollerweise. Ich dachte, die Umstehenden wollen also Äußerungen von mir, und ich habe dann meine Ruhe, wenn ich

mich äußere, dann habe ich dann auch ganz bewußt Blödsinn geredet. Dann einfach gesagt, wieso hängt da oben ein Kreuz, in der Art, um die abzulenken. Da waren die ganz interessiert, man wollte von mir was haben, man wollte mir nicht ernsthaft zunächst mal Auskunft geben, damit ich auch verstehe, in welchem Kontext die fragen, es ist noch nicht mal so wie bei einer Verhaftung, da wird einem gesagt, was Sie von jetzt ab sagen, das kann gegen Sie verwandt werden, sondern das flutete so über mich.

Hat sich irgend jemand im Raum vorgestellt und wie hat man sie angesprochen?

Nein, keiner hat sich vorgestellt, man hat mich mit meinem Namen angesprochen und mit Herr. Mich hätte wahnsinnig interessiert, was denn da hinter den Kulissen abgelaufen war. Das war mir doch klar, in dem Moment, eigentlich so spät erst, in dem Moment, als ich in dem Zimmer da saß, da wurde mir klar, die vom Institut, die haben mich hierhergefahren, warum haben die das gemacht, steckt da auch die Freundin mit dahinter, und ich meine, in dem Moment, als ich da saß, war mir klar, daß hinter meinem Rücken mindestens zwei Telefonate gewesen sein müssen, oder irgendeine Kommunikation zwischen den Leuten, mit denen ich nun zu tun hatte, aber von deren Einvernehmen hinter meinem Rücken ich nichts wußte, oder überhaupt von deren Kontaktnahme untereinander. Das ist geradezu absurd zu fragen „wissen Sie, wo Sie sind oder wie Sie hierher= kommen“, das wollte ich eigentlich von denen gerne wissen, wie das gelaufen, was da gelaufen war. Aber, dadurch, daß die mich was fragen, was ich von denen gerne wissen will, war ich verblüfft, das empfand ich als paradox. Das war ja nun eine Frage, auf einer anderen Ebene vielleicht, die ich mir gerne hätte beantworten lassen.

Nämlich der kausale Zusammenhang, der mich dahingeführt hat, wie weit ich einen verwirrten Eindruck gemacht habe, es gibt auch verschiedene Arten von warum, aber auf einer anderen Ebene, warum ich also hier bin, wenn mir vielleicht langsam klar wird, daß ich in einer Klinik bin, auf einer anderen Ebene hätte mich das „warum“ ja sehr interessiert, hat nun die Freundin im Institut angerufen, oder sind die im Institut selber auf die Idee gekommen, warum haben die es ohne weiteres geschafft, mich dann auch sofort unterzubringen oder hier auszuliefern, auf einer anderen Ebene hätte mich das „warum“ sehr interessiert, als nun ich gefragt wurde, „warum sind Sie hier“, da war ich überfordert.

Zwischen den Leuten, die um mich rum waren, das waren also zeitweise vier, vielleicht auch zeitweise nur zwei, zwischen den Leuten war ein Einvernehmen, das sich auch durch Blicke oder so ausgedrückt hat, das ich nicht verstand oder wo ich mich ausgeschlossen fühlte.

Ich weiß ganz genau, als ich gefragt habe, wieso ist das Tonband da, ist es angeschaltet, ich weiß ganz genau, daß in diesem Moment die drei umstehenden Personen sich gegenseitig angeschaut haben, sich wenn nicht zugewandt, jedenfalls einen Moment von mir weggeschaut haben und sich gegenseitig angeschaut und dann eigentlich dadurch kam mir der Verdacht, in die Richtung geht's, die halten dich für verrückt und vielleicht wissen die schon vielmehr als du glaubst, daß die wissen, mit den Stimmen vorher und so.

Man hatte Sie gefragt, ob Sie Angst vor dem Tonband hätten?

Das war nun eine Sache, die sie aufgegriffen haben, da waren ja andere Punkte angesprochen, die nicht aufgegriffen wurden. Wenn ich zum Beispiel gesagt habe, ich weiß auch nicht, warum ich hier bin, vielleicht können Sie mir das sagen,

das wurde ja nicht aufgegriffen so eine Frage. Dann haben die geschwiegen und sich eine andere Frage überlegt. Die waren erfreut, das war ein Thema, was gerne besprochen werden sollte. Da wollte ich dann nicht so, weil ich dachte, weil ich dann wußte oder glaubte, ich werde hier für verrückt gehalten und man meint, oder weiß vielleicht, daß ich Stimmen gehört habe, vielleicht meint man, ich höre immer noch welche, dabei habe ich zu der Zeit solche Erlebnisse nicht mehr gehabt, und ich dachte mir, das würde jetzt von denen freudig aufgegriffen.

Hat man Sie nach dem Stimmenhören gefragt?

Ja, auch dann im Zusammenhang mit dem Tonband, ich bin nicht darauf eingegangen, ich dachte, das geht die nichts an, weil ich wußte ja von den Leuten auch nichts. Weil, wenn ich erinnert werde an Stimmenhören, dann ist das für mich nicht eine Sache, die ich im Buch gelesen habe, sondern das ist für mich ganz direkt verbunden mit dem Inhalt dieser akustischen Eindrücke, diese Inhalte waren für mich ja nicht gleichgültig. Schon das Reizwort Stimmenhören hat für mich auch wieder den Inhalt dieser Stimmen provoziert. Vielleicht, wenn die wissen oder wenn die auch nur ahnen, daß ich Stimmen höre, dann fragen die im nächsten Moment, was sagen die Stimmen denn. Und das war mir peinlich, da standen ja nun viele Leute, wo ich nicht einen davon kannte irgendwie, wo ich nicht zu einem irgendwie Vertrauen hatte, und der Inhalt dieser akustischen Erscheinungen, der war ja nun sehr persönlich und für mich beschämend. Da dachte ich, die fragen dann sofort, was sagen die Stimmen, und von dem Moment ab stehe ich vor denen jetzt nicht nur als verrückt, ich hatte damals auch so eine Auffassung von Schizophrenie, ich dachte also, ich muß vor denen auf jeden Fall verbergen, daß ich Angst habe, schizophren zu sein. Erstmal die Tatsache, daß ich da von Leuten, zu denen ich kein Vertrauen habe, was die

dann daraufhin mit mir anstellen können, denn ich fühlte mich in deren Gewalt, auch übrigens durch diese Art Uniform des weißen Mantels und diese Imponiersymbole wie Stethoskop und so'n Quatsch wie eine Batterie Kugelschreiber, wie so eine Art Rangabzeichen. Später auch auf Station, da könnte man ja Glossen drüber schreiben, wer den Mantel sich hinten knöpfen muß oder vorne, oder wer ein Hämmerchen tragen darf, oder ein Hörrohr, wer nur einen Notizblock tragen darf. Ich habe sehr schnell den Eindruck gehabt, hier bist du jetzt in ein hierarchisches System geraten, ich hatte dann auch diese Idee mit einer schlagenden Studentenverbindung, die einen Jux machen wollen und das einfach nur gespieltes Theater ist, aber diese Hierarchien untereinander sind doch sehr stark ausgeprägt, so wie das in einer schlagenden Verbindung auch ist. Einer hatte zum Beispiel den Griff von irgendeinem Instrument aus der oberen Manteltasche gucken, einer mußte schreiben, daß da diese Leute, die mir gegenüber waren, daß die untereinander nicht auf einer Ebene sind, sondern daß die hierarchisch irgendwie abgestuft waren, das brachte mich auf die Idee, in eine Studentenverbindung geraten zu sein, wo solche Strukturen sehr stark sind, und daß ich da auf der alleruntersten Stufe dieser Rangordnung bin, die sich mir da präsentiert, das war mir klar.

Man hat mich nicht direkt nach dem Stimmenhören gefragt, aber ich hatte den Verdacht, weil ich ja da etwas zu verbergen hatte, daß man darauf raus will, als ich also leichtsinnigerweise nach dem Tonband gefragt habe, da wurde sofort angeknüpft an diese meine Frage, mit andern Fragen, ob das also eine besondere Bedeutung hätte für mich, so ein Tonband da zu wissen und irgendwas mit Reproduktion von akustischem Material, es lief so irgendwo in die Richtung und ich hatte da was zu verbergen. Und dann bin ich ausgewichen, indem ich einfach so Sachen geliefert habe, die mich weniger angingen, wo ich dachte,

da werden die auch drauf anspringen, also da war ein Kreuz in dem Zimmer, vielleicht war's auch nur ein Fensterkreuz, es kann aber sein, daß es ein Kreuz war, ich hab dann gefragt, wieso hängt da ein Kreuz, da hatte ich dann richtig vermutet, daß die dann darauf auch anspringen. Und damit waren wir vom Inhalt weg, der für mich irgendwie gefährlich war. Ich habe alles Mögliche dann, ziemlich viel geredet.

Mir waren unmittelbar bei der Ankunft nicht sofort Medikamente verabreicht worden, sondern erst nach diesem Gespräch. Da wurde ich dann auf den Korridor gelegt in einem Bett, ich erinnere mich noch, daß der Professor, also so ein älterer Herr, aber der ganz offensichtlich - seiner Rangabzeichen nach - kein Pfleger war, daß der an das Bett getreten ist und irgendetwas kommentiert hat, als wär ich ein Möbelstück oder was; der hat über mich gesprochen zu einem andern und war sich vielleicht nicht bewußt, daß ich das gehört habe oder aufgenommen habe.

Das fand ich komisch. Danach bin ich eingeschlafen. Auf dem Korridor. Sinngemäß hat er gesagt, man könne mich ruhig jetzt hier liegen lassen."

Zurück zum Text des Krankenblattes, wo es in der Familienanamnese heißt: „Der Vater sei im Kriege gefallen" und wo aus damals unerfindlichen Gründen der Satz folgt: „die letzte Tablette schmeckt am besten". Im Rahmen der gelockerten Assoziationskette drängte sich dem Patienten beim Stichwort „Tod" ein bestimmtes Erlebnis auf, welches mit den Worten des Patienten erzählt sei:

„ Das bezieht sich darauf, daß ich mich noch vor meiner Abreise nach Marokko in den Zustand gesteigert hatte, wie ist es eigentlich, wenn man stirbt. Ich hatte damals in M. schon gelegentlich Trips genommen und versucht, mich während eines Trips in eben diesen Zustand zu steigern, und hab das als ganz glücklich empfunden, sterben überhaupt.

Dann dachte ich dann auf dem Trip, wenn du jetzt stirbst, dann war das der letzte Trip. Also der beste."

Das nächste Satzpaar:

„ Die Mutter lebe noch und sei gesund – so kühl ist es eigentlich nicht –."

Dazu meint der Patient heute:

„ Das bezog sich dann eigentlich auf das Verhältnis zu meiner Mutter, die fragen nach meiner Mutter und ich sage, die lebt noch, ist gesund, aber so kühl, wie diese Äußerung sich jetzt anhört, ist eigentlich das Verhältnis zu meiner Mutter nicht. Vielleicht habe ich mich ungeschickt ausgedrückt."

Damals erschien ihm aber jenseits vom eigentlich Gemeinten das tatsächlich Gesagte als nunmehr plötzlich Bedeutendes, was ihn dazu brachte, dieser seiner neuen Sicht im Rahmen der Ideenflucht zu folgen, nämlich seinen Sakko auszuziehen, was ihn wiederum an anderes erinnert: „Wenn ich mir da gerade die Jacke ausgezogen hatte, dann war ich wieder erinnert an die Situation, in der mir diese Jacke also geschenkt wurde oder angetan wurde im wahrsten Sinne des Wortes, ich meine das ist ja noch besser, als nackt rumzulaufen, auch nur mit so geschenkten Klamotten, auch wenn man die nun nicht als Teile der eigenen Person im weitesten Sinne empfinden kann. "

Ganz nebenbei mag er der eigenen Äußerung: „so kühl ist es eigentlich nicht," die Bedeutung beigemessen haben, daß es zu warm sei, einen Sakko anzuhaben.

Die unsinnige Äußerung; „ich habe noch zwei Streichhölzer" erhält im Nachhinein ihre geradezu rührende Begründung durch die Ausführungen des Patienten:

„ Die Streichhölzer hatten im Gefängnis einen bestimmten Symbolwert. Auf dem Gefangenentransport durch Spanien hatte ein Häftling Cigaretten zur Verfügung, der andere Streichhölzer. Damit war gewährleistet, daß also geteilt wurde, halbe-halbe, oder jedenfalls, einer immer nur mit dem Einverständnis des andern rauchen kann, wobei der andere dann entscheidet, ob er zu diesem Moment auch rauchen möchte oder nicht. Wahrscheinlich wird es gestimmt haben, daß ich gerade noch 2 Streichhölzer hatte. Diese Art des Entfremdetseins und der Notwendigkeit, der praktischen Notwendigkeit miteinander einverstanden zu sein oder so, das ist da durch diese Streichhölzer symbolisiert, ich hatte auf der langen Strecke der Fahrt durch Spanien die Streichhölzer, der andere neben mir, der an mich gefesselt war, der hatte die Cigaretten. Durch diese Tatsache ergab sich eine praktische Notwendigkeit, ich meine jetzt nicht nur durch das Angekettetsein an den andern, sondern auch dadurch, daß man gemeinsam raucht oder einer immer über das Notwendige für den andern verfügt, dadurch ergab sich eine Notwendigkeit zu kommunizieren. Ich habe nur noch 2 Streichhölzer, das bezeichnet meine Situation, daß ich also mit meiner Kommunikationsfähigkeit, die irgendwo symbolisiert ist in den Streichhölzern, daß ich damit also ziemlich am Ende bin. Das ist schwer nachzuvollziehen. Über die Kommunikation zwischen Gefangenen, es ist klüger, nicht zu sagen, hast du mal'ne Cigarette, sondern es ist geschickter, etwas anzubieten. Ich hatte bei der Aufnahme tatsächlich nur noch 2 Streichhölzer.“

Es folgen weitere Reminiszenzen des Betroffenen die ihm beim Vorlesen einzelner Sätze aus dem Krankenblatt einfallen:

„Ich habe wohl den Platz gewechselt, vorher saß ich nicht auf einem Stuhl, da saß ich auf diesem Ding da, vielleicht hatte ich mich inzwischen ein bißchen gewöhnt, zumindest

wird mir nicht sofort körperlich Gewalt angetan, wenn ich mich ein bißchen rühre."

Diese Bemerkung bezieht sich auf die Schilderung im Krankenblatt, daß der Patient wohl psychomotorisch unruhig war.

Zu dem Satz aus dem Krankenblatt: „ Er möchte seine postlagernde Post mit Hilfe eines Gutscheins einer ausländischen Fluggesellschaft beim Postamt M. anfordern," fällt dem Patienten ein:

„Ich hatte ja nun keine Adresse mehr. Es gab eine Situation in Spanien, ich war, als ich vom Schiff runtergekommen war, da hatte ich gehofft oder gewöhnt, es sei für mich auf dem Postamt postlagernd was für mich eingetroffen. In dem Moment war ich ja in Freiheit. Da hatte ich also zu meinem Bekannten vorher gesagt, ihr könnt mir postlagernd schreiben nach Rabat, oder da oder dorthin, ich weiß noch, daß ich da auf's Postamt gegangen bin und gefragt habe, ob Post für mich da ist, ich hatte ja nun keinen Paß mehr, da hatte ich irgendeinen Zettel noch von der Schiffspassage von der Hinreise, wo ich gesagt habe, also so schreibt man meinen Namen, da steht er drauf. Wieso das jetzt in M. ich war enttäuscht, daß da nichts war, denn meine Bekannten wußten ja, daß ich zurückkomme. Es kann sogar sein, daß ich ausgemacht habe, daß man mir dorthin schreibt, so mir zwischendurch nach Madrid z.B. geschrieben wurde. Ich fühlte mich in M. genauso beschissen wie in Spanien, ich hatte hier keine Adresse, keine Heimat, ich hatte diesen Zettel, wo mein Name draufstand, wo ich auch das Bild als nicht mit mir identisch gesehen habe oder als ein Abbild meiner selbst, wie ich mich sonst kannte". (Dies bezieht sich auf ein Foto, welches im Gefängnis von ihm in akutem Krankheitszustand gemacht worden war)".

Im Zusammenhang mit der Frage nach familiär gehäuften Krankheiten und dem Vorangegangenen schildert der Patient seine Gedankengänge:

„Irgendwie dachte ich, es geht um meine Identität, um

in Kommunikation zu treten mit jemandem, müssen die Leute sich also wechselseitig mal ihrer Identität versichern oder irgendeine Idee haben von ihrer wechselseitigen Identität, ich dachte, danach, nach meiner Identität, sei gefragt. Ich dachte, die verstehen gar nicht, wer hier sitzt, ebensowenig, wie ich verstehe, wer dort sitzt oder steht und vielleicht, wenn ich sage, ich bin der und der, daß die dann auch sagen, na ja, ich bin der und der, und daß dadurch dann überhaupt eine Kommunikation möglich ist. Eine Kommunikation war für mich vorher nicht möglich mit diesen Leuten."

Auch das Vorzeigen von Briefmarken aus seiner Brieftasche, die er dem Untersucher zeigt, steht in dem Dienste seines Bedürfnisses nach Beweisbarkeit.

Dann habe er zum Fenster hinausgeschaut, steht im Krankenblatt, und habe bemerkt, er habe schon einmal 2 Fensterscheiben eingeworfen in Frankreich. Der Patient meint dazu:

„Stimmt, das hatte ich gemacht, deswegen war ich in eine Einzelzelle gelegt worden. Das war 'ne Andeutung, daß ich ausbrechen möchte, wenn also keine Kommunikation zustande kommt, dann in Gottes Namen die Einzelzelle, ich fühlte mich jetzt schon wie in 'ner Einzelzelle. Moment, es ist falsch, was ich da sage, das war nicht so, das war umgekehrt, ich war in Spanien in einer Einzelzelle, habe die Fensterscheibe kaputtgeschmissen und kam daraufhin raus, so vielmehr. Und als ich die kaputtgeschmissen hatte, hatte ich die Erwartung, nun bestraft zu werden dafür, das war ein ganz freundlicher Wärter, der hat mich mit dem Schlüsselbund auf den Kopf gehauen, aber am Schluß wurde ich belohnt dafür, ich kam raus aus der Einzelzelle. Ich wollte wissen, wie würdet ihr denn reagieren, wenn ich hier die Scheibe einschlage, ich wollte wissen, was würdet ihr machen, wenn ich hier jetzt schnell 'ne Scheibe einschmeiße. Aber das ist eine Andeutung, die für den andern zu verstehen sein muß. Wenn ich jetzt sagen würde,

ich habe schon mal jemandem eine Tasse Kaffee ins Gesicht geschüttet, dann würde man das doch auch ganz direkt verstehen, als ob ich die Absicht dazu hätte. So ganz weit hergeholt, daß ich vom andern also verlange, daß er meinen Erfahrungshorizont miteinbeziehen müßte, so weit hergeholt war das ja gar nicht, wenn ich einfach sage, ich hab schon mal was Aggressives getan, das kann doch vom andern ganz direkt verstanden werden. Die haben geschaut wie die Bauklötze, die haben das nicht verstanden, das habe ich dann wieder nicht verstanden, denn als Andeutung muß das doch genügen, sowas. Vielleicht hätte ich vernünftigerweise besser gesagt, mir platzt jetzt gleich der Kragen, dazu war ich zu schüchtern. Es hat keiner reagiert. Dadurch, daß keiner reagiert hat, war ich besonders hilflos.

Da fühlte ich mich dann wie ausgelacht, dadurch daß da niemand drauf reagiert hat. Ich fühlte mich einfach nicht ernstgenommen von den andern, wenn ich etwas sage und niemand geht darauf ein. Man braucht nicht darauf eingehen, wenn man es für irrelevant hält. Wenn man meint, die Möglichkeit hat er ja gar nicht, das jetzt zu wiederholen, nur dann braucht man nicht darauf einzugehen, daß es eine Aggression ist. Wenn man mich gefragt hätte, wie meinen Sie das, dann hätte ich sagen können, Sie haben doch auch so schöne große Fensterscheiben."

Es folgen einzelne Berichte aus dem persönlichen Erleben des Patienten, Situationen des Stationsalltags betreffend:

„Daß ich einen Stein in der Hosentasche hatte, weiß ich jetzt nicht mehr.

Da gab's später noch ulkige Situationen auf Station mit mir. Ich hab damals, fragen Sie mal irgendeinen Pfleger, ob der weiß, was objet trouvé ist, da haben die Leute zuviel gesunden Menschenverstand im allgemeinen, um das zu verstehen, ich hab mich in der Zeit vor meiner Abreise und auch späterhin für Kunst recht intensiv interessiert und obwohl ich das auch versucht habe, aber ich habe keine Begabung in mir gefunden zu zeichnen

oder zu malen, Umgang mit Farben oder Linien, das kann ich nicht, was mir am ehesten Spaß macht oder was mich immer auf eine amüsante Art angesprochen hat in Kunstausstellungen, das sind Collagen, aus gefundenen Objekten. Ich hatte also immer irgendwelche Dinge, die mich fasziniert haben durch ihre Form oder ihre Farbe oder auch durch ihren persönlichen Bezug als Reliquien, ob das eine Kinokarte war oder irgendwelche Dinge, die man normalerweise wegwirft, ich hatte diese gesammelt, um die für Collagen zu verwenden, um die irgendwie zusammenzustellen nach dem System der Setzkästen, seit 1968 habe ich Collagen gemacht. So persönliche Dinge, die aus weggeworfenen und nutzlosen Dingen hergestellt waren, die haben mir Spaß gemacht, das hab' ich dann auch als die Kunstäußerung empfunden im Bereich der bildenden Kunst, für die ich ein Interesse hab', für die ich zwar auch nicht begabt bin, aber wenigstens in der Lage bin. Also hatte ich immer so Einzelteile, das war ganz ulkig, weil unten im Garten, im sogenannten Garten, das ist ja eigentlich wie ein Gefängnishof, bin ich rumgelaufen und habe unter dem Laub alle möglichen Dinge immer gefunden, die weggeworfen oder verloren waren und manchmal für mich irgendwie symbolhaft auch das Geschick und das Leben dieser Leute, die sich in diesem Hof aufhalten, symbolisiert haben. Zum Beispiel ganz hinten in der Ecke, da ist so ein Gulli und da ist ein ideales Versteck, da ist ein kleiner Deckel drauf und wenn man ihn abhebt, da lagen z.B. 2 kleine Fläschchen mit Underberg. Solche Dinge aufzuspüren, direkt dafür hatte ich einen Sinn und auch dann so zusammenzu=phantasieren, wie kommt das überhaupt dahin, ganz eindeutig bei den Fläschchen, die versteckteste Ecke im Hof, ganz klar, daß da jemand heimlich getrunken hat, die möglichst radikal hat verschwinden lassen wollen, diese Fläschchen und dann da unter den Deckel gelegt hat. Ich hab sowas gesammelt, oder auch weggeworfene Zettel, wo ein Bruchstück von einer Zeitung oder von Geschriebenem drauf war, oder

Dinge aus dem Papierkorb, gebrauchte Einmalspritzen, irgend so ein Zeug, hab ich in der Nachttischschublade angesammelt, diese Schublade war der intimste Bereich eigentlich, den ich hatte.

Ich hatte kein Fach, wo ich was hätte verschließen können. Da kam mal ein Pfleger, hat das gesehen und gesagt, was soll der ganze Dreck hier und hat mir das weggenommen. Für mich war's also mühsam angesammeltes Material für prospektive Collagen, aber das war mir zu dem Zeitpunkt sowieso schon klar, daß da so verschiedene Welten sind, daß ich dem das nicht erklären kann, wieso ich das aufhebe. Dadurch war der bestätigt, was er sowieso schon wußte, daß er's mit Verrückten zu tun hat und mir war's auch bequemer, warum soll ich an den was rantragen, was der so schnell nicht kapiert, was den auch nicht interessiert, woraufhin er, auch wenn ich mir Mühe gebe, das an ihn ranzutragen, er von seiner Meinung auch nicht abrückt, daß das also Dreck ist, daß da nichts zu suchen hat, daß außerdem die Leute verrückt sind, die sich sowas aufsammeln. Jetzt zu dem Stein in der Tasche, den hatte ich aufgehoben, weil er mir gut gefallen hat.

Das Schlimmste war, ich war in X. und hatte meine ganze Privatsphäre verloren.

Ich hatte plötzlich meine sozialen Bindungen hier alle verloren und meine ganze Privatsphäre. Da hatte ich mich irgendwie damit abgefunden, ich dachte gut jetzt, jetzt ist es so, jetzt hast du eben kein Zuhause mehr, jetzt schläfst du mal hier, mal da, das Leben wird irgendwie weitergehen, du wirst Leute finden, die dich ernähren und wo du schlafen kannst, du hast jetzt kein Zuhause mehr, dadurch, daß dir nichts gehört, gehört dir gewissermaßen auch alles mit, was die andern haben. Das war so eine wahnhaftes Idee. Gerade in diesem Zustand habe ich mich besonders besonnen, daß es ja Dinge gibt, deren man mich nicht berauben kann oder man mich nicht berauben will.

Wessen man mich nicht berauben kann, das sind geistige Inhalte, Phantasien, Ideen, auch Wissen, wessen man mich nicht berauben will, das sind Dinge, die für andere wertlos sind, also abgefarene Fahrscheine und Steinchen und so Kram. Und in letzterem hatte ich mich getäuscht, auch das war nicht erlaubt."

Es folgen die Gedanken, die sich der Patient zum Thema „ Essen" gemacht hat:

„ Das Essen, Aufgabe persönlichster Handlungen, da es serviert wurde - Ich habe ja nun selber gekocht auch und bin ein ganz guter Koch, hab das gerne gemacht. Außerdem ist es so, wenn ich selber was koche und versalze das, dann ist mir das immer noch lieber, als wenn so steril einfach aus einer Großküche vorgesetzt wird. Außerdem war ich gewohnt, die Zeiten, wann ich essen will, selbst zu bestimmen, da war ich etwas nachlässig auch geworden. Ich hab zeitweilig nur so aus Faulheit lange Zeit nicht gegessen bis der Hunger mich so getrieben hat, auch dann ganz unkultiviert, hab Halb-Rohprodukte in mich reingefuttern, saure Sahne und Ketchup vermischt zum Beispiel. Solche ulkigen Rezepte.

Uns wurde das Essen ja in die Zimmer serviert als völlig fertige Sache, ob ich von dem einen ein bißchen mehr möchte, das ging ja nicht zu berücksichtigen."

Oder zu einer alltäglichen Situation im Stationsalltag, zum Verabreichen von Medikamenten:

„ Als ich schon eine Weile da war, bin ich einmal von einem Pfleger gezwungen worden, ein Medikament einzunehmen, ein flüssiges Medikament aus diesem Liqueurgläschen. Als der mir das entgegenhielt, dachte ich, da sieht aus wie Pisse, ich will das nicht haben, da hat der mir mit Gewalt den Kopf zurückgezogen und mir das einfach in mich reingeschüttet. Das fand ich ziemlich abscheulich. Danach hatte ich den Verdacht, wenn ich Schwierigkeiten mache, vielleicht kriege ich da Medikamente in Joghurt gemischt

oder sonst in das Essen. Man hätte diesen Verdacht, auch bei andern, vermeiden können, wenn man eine Schüssel auf den Tisch gestellt hätte. Sich aus einer Schüssel zu bedienen, hätte schon den Verdacht, man bekäme Medikamente appliziert, die man ablehnt, oder in einer Weise, daß man da keinen Überblick mehr darüber hat, sehr stark abschwächen können. Überhaupt, das mit den Medikamenten, das war ja so eine Sache, ich bekam immer Tabletten verschiedener Färbung, oder auch mal irgend so ein Säftchen, einen Sirup, zu schlucken, einmal auch gewaltsam, und kein Mensch hat mir auf Befragen geantwortet, was das im einzelnen für Medikamente sind, was die bewirken sollen oder wieso sie gerade in dieser Kombination verabreicht werden sollen, und klar war, daß ich die nehmen mußte. Den Pfleger habe ich gefragt, der hat mich vertröstet, er müßte die nur austeilen, weil das so auf seinem Plan steht, und ich soll bei der Visite fragen, und bei der Visite bekam ich sinngemäß gesagt, wir geben das, was wir für richtig halten, damit Sie gesund werden. Wenn man das Thema im Aufenthaltsraum anschnitt, dann sah das ganz anders aus. Beziehungsweise, das brauchte man gar nicht anschneiden das Thema, da unterhielten die Leute sich auch so darüber, der eine sagte, ich bin den ganzen Tag besoffen, wie besoffen und dann unterhielt man sich, welche Pillen das sein könnten, die einen bestimmten Zustand von Besoffenheit oder Schwerefälligkeit ausmachen, aber man unterhielt sich auch darüber auf eine ganz einfache Ebene, grüne oder rote Tabletten oder sowas. Ich hatte im Aufenthaltsraum dann mal ein bißchen dagegen gesprochen, gegen die Tabletteneinnahme. Ich hätte gesagt, das wäre doch mal interessant, mal zu wissen, wie man sich jetzt ohne die Tabletten fühlt. Es ist also der Anspruch hier, daß uns mit Tabletten geholfen ist. Wir wissen ja gar nicht, wie es ohne die ist, ob es uns eigentlich schlechter ginge. Wir sehen nur, daß es uns so auch schlecht geht, jedenfalls mit den Tabletten schlecht geht, der eine ist wie

besoffen und ich fühle mich auch so benebelt. Auf diese Diskussion, 'ne Diskussion war's nicht, das war ziemlich flach immer, was man sich unterhalten konnte mit den Leuten, jedenfalls daraufhin hat ein junger Mitpatient sich am gleichen Abend geweigert, seine Mittel einzunehmen. Das hab' ich beobachtet, das habe ich gesehen, der wurde daraufhin - der ließ alles willenlos mit sich geschehen - leg dich dahin aufs Bett, und das hat der gemacht, und dann wurde er angeschnallt an den Fesseln und an den Handgelenken und im Moment, als er angeschnallt war, fing er an zu toben, das war ganz komisch, also das konnte ich nicht verstehen, daß der nicht vorher getobt hat, sondern erst in dem Moment, als er angeschnallt war. Und dann hat er eine Spritze bekommen und wurde in diese Waschküche geschoben, in dies Einzelkämmerchen an der Stirnseite des Flurs. Dieses Erlebnis hat mich davon abgehalten, nochmals eine Tabletteneinnahme zu verweigern. Ich hab' dann mich mit dem Problem mal beschäftigt und hab' mich anderntags, - ich dachte, vielleicht kann man irgendwie durch paradoxe Verhaltensweisen was erreichen - auf den Flur gesetzt vor's Ärztezimmer. Das war ungewöhnlich - die benehmen sich alle eigentlich sehr gut, die Patienten - das muß man sagen, es sitzt keiner auf dem Flur rum, einfach auf dem Boden, die sitzen einfach alle immer auf den Stühlen, mehr oder weniger. Dabei, ich sitze sogar zuhause manchmal auf dem Boden, das kann man doch; ich hab' mich jedenfalls da auf den Boden gesetzt und mich sonst nicht weiter daneben benommen. Ich war nur insofern zunächst mal aus der Regel, aus der Rolle gefallen, daß ich mich da auf den Fußboden gesetzt hab'. Und ein Pfleger kommt vorbei, stößt mich mit dem Fuß an und sagt, steh auf. Ich sag', ich bleib hier sitzen, bis die Ärztin vorbeikommt, weil ich gerne ein Vitaminpräparat verschrieben haben will, ich hab Zahnfleischbluten, ich möchte gern noch Vitamine. Wenn's geht noch Brausetabletten mit Kalk und mit Spurenelementen, möglichst viele. Der Pfleger hat gesagt, ich könnte da nicht sitzen bleiben und ich hab gesagt, doch, ich bleib hier sitzen, weil ich nämlich schon dauernd Zahnfleischbluten hab' und weil ich

möglichst sofort viele Vitamintabletten möchte. Und da hat der mich - ich hab die Haare ein bißchen länger gehabt - an den Haaren gepackt und einfach so über den Korridor geschleift. Der war richtig wütend geworden deswegen. Das war so'ne Sache, ich hab ja noch richtig gekämpft dann.

Ich bin zum Stationszimmer gegangen, da stand ein junger Arzt, und mir war ja inzwischen klar geworden, was für eine Rolle ich zu spielen hab, oder welche Rolle mir zugewiesen ist. Ich sagte, ich will das und das, mir war der Name geläufig von irgend so einem Multivitaminpräparat, der sagte, das geht jetzt nicht, das kannst du morgen bei der Visite sagen, da vergeß ich's vielleicht, sag ich, die Visite geht immer so schnell rum und notwendig ist's trotzdem, sinngemäß hat er dann gesagt, ich soll jetzt endlich verschwinden, dann hab ich auch mit meiner Rolle gespielt, indem ich sag, also wenn ich Ihnen jetzt Ihr ganzes Zimmer ausräume und Ihnen den Stuhl über den Kopf haue, dann hab' ich dafür ja einen Persilschein, schließlich hab' ich den richtig bedroht, wenn ich den jetzt tötlich angreife, dann könnte er mich schließlich ja nicht bestrafen, denn ich wär ja dafür, ich war ja schließlich krank, wenn ich ihn verletze, dann brauche ich mir darüber keine Gedanken zu machen, denn ich habe ja einen Persilschein, dadurch, durch die Tatsache, daß ich hier bin, ist ja festgestellt, daß ich verrückt bin und unzurechnungsfähig bin und er soll sich mal in acht nehmen vor mir. Und da hab ich gemerkt, daß der Angst kriegt. Der hat Angst gekriegt. Meine Rolle der Schwäche hab' ich versucht umzubiegen zu einer Rolle der Stärke, so wie ich das dem Stiefvater gegenüber mach, oder wie ich das überhaupt als Strategie oft mache, so habe ich da gesagt, ich bin verrückt, wenn ich Ihnen was tue, dann passiert mir ja gar nichts, und wenn ich ihm was tue, müßte er das sogar ablehnen, daß ich dafür bestraft werde, denn er ist ja schließlich Arzt.'

„Der gewaltige Anspruch, mir zu helfen. Im Gefängnis, die hatten diesen Anspruch ja nicht, der Wärter hatte die Aufgabe, einen einzuschließen und die Gefangenen sind unter sich solidarisch auch gegen den Wärter, viele passen sich auch an, prinzipiell ist eine Solidarität da, das war hier nicht, weil die Voraussetzung zur Solidarität - Kommunikation - schon gestört war, das schien mir auch schon mit der Art der Hilfe zusammenzuhängen, die man den Leuten angedeihen ließ, zum Beispiel auch mit den Medikamenten. Das brachte einen in eine wirklich verrückte Situation, wenn man sich mit dem Arzt unterhielt, dann war vordergründig von denen immer der Anspruch, wir wollen dir hier helfen, auf irgendeine nebulöse Art, es wurde ja auch nicht genau konkretisiert, wie. Für mich war damals nötig, eine Wohnung zu finden, für mich war nötig, daß an der Universität die Einschreibung und all diese Dinge richtig liefen, damit ich da keine Verluste erleide. Das war ein totalitärer Anspruch, wir wollen dir helfen, ohne daß der nun im einzelnen so konkretisiert wurde, wie man sich das selber vielleicht vorstellt, daß einem geholfen werden könnte. Diesem Anspruch entgegen stand irgendwas, was ich auch wahrgenommen habe, seine ausgesprochene Antihilfe. Nämlich, wenn ich in die Stadt gehen wollte, um meine Kontakte zu meiner schließlich immer noch Freundin zu pflegen, oder überhaupt irgendwelche Kontakte in der Stadt, die konnte ich ja besuchen, obwohl das Verhältnis ja nicht mehr ungetrübt war, aber, wenn ich das wollte, oder sonst an die Plätze zu gehen, wo ich mich sonst gerne aufhielt, wo ich Bekannte treffen konnte, dann wurde mir da einer zugesellt, der mir wie ein Klotz am Bein hing, der mir einfach lästig war.

Das war also die Hilfe, daß ich auf den aufpassen soll, wozu ich mich nicht in der Lage fühlte oder, daß der mich im Vollzug meiner sozialen Beziehungen behinderte, oder eine andere Art der Hilfe, ich bekam Besuch von einem Jungen

aus der Stadt, der sagte, da ist so'n kleiner Laden frei geworden mit' ner Wohnung, ich dachte, ich mache da eine kleine Galerie auf, neben dem Studium, ich finde vielleicht ein paar Leute, die da mitziehen, ich kenne ein paar Künstler in München und in M., das war so unrealistisch - auch aus heutiger Sicht - nicht.

Es erschien mir realistisch damals, sowas zu machen, nebenher zu studieren, vielleicht findet sich jemand, den man da reinsetzen kann, so daß man doch zum Studieren kommt. Geldgeber hätte ich gefunden, aber niemanden, der die Zeit geopfert hätte, einen Nachmittag lang auf Kunden zu warten. Mir war mein Studium dann doch lieber. Jedenfalls dieser Junge hatte also diesen Laden ausgekundschaftet, ich dachte, ich mache eine Galerie auf, am psychologischen Institut fühlte ich mich sowieso verunmöglicht durch dieses Etikett. Daß ich als Psychologie-Student nicht mehr akzeptiert war, das hatte ich ja auch im Haus erfahren, als ich Krankenvorstellungen besuchte, die große Psychiatrie=vorlesung. Ich dachte, als Student hat man jedes Recht in eine Vorlesung zu gehen. Das wurde mir dann auch beschnitten und dadurch merkte ich dann endgültig, daß ich in meiner Rolle als Psychologiestudent nicht mehr akzeptiert bin. Da habe ich gedacht, dann ist das am Institut sicherlich auch so, da brauche ich da gar nicht weitermachen. Da kam mir das mit dem Laden gerade recht. Ich wollte eine Galerie aufmachen und vielleicht auch ganz was anderes studieren nebenher. Jedenfalls dem Bekannten hatte ich einen Scheck mitgegeben, Geld war ja da, durch die Zeit meiner Abwesenheit hatte ich ja zwangsgespart, und so'n Pfleger hat das gesehen, daß ich da eine Überweisung ausfülle und hat mir das Scheckheft weggenommen. Weder irgendwelchen Klimbim durfte ich haben, noch vernünftige Sachen, wie zum Beispiel ein Scheckheft."

Ich hatte da einem Pfleger, der Nachtwache hatte, erzählt, daß ich in der Vorlesung war, daß die Patienten sich dort vor dem Auditorium ganz anders produzieren, als sie das auf Station tun. Daß es sehr schwierig sei, jetzt zu entscheiden, was denn ihr eigentliches Benehmen sei. Dieses war kolossal unterschiedlich. Einer hat dort bei der Vorstellung erzählt, daß er wie Drähte in seinem Körper hätte, die gezogen würden, daß er gesteuert wird und auf der Station, unter den Mitpatienten, wo er jetzt von meiner Sicht her gesehen eher Vertrauen hätte haben können, oder wo er über so sehr persönliche Dinge sich hätte eher äußern können, als gegenüber einem Auditorium von Studenten, die ihn da wie ein Zirkustier anschauen, also auf Station hat er sich ganz vernünftig benommen, er war also da ganz vernünftig. Für mich hat sich da die Frage ergeben, welches Verhalten ist nun aufgesetzt oder uneigentlich oder Schau irgendwie, ist es das auf der Station oder ist es das vor dem Auditorium. Ich war für mich zu dem Schluß gekommen, es muß das Verhalten vor dem Auditorium sein, weil das eine ungewohnte und extreme Situation ist für den Mann und in einer solch extremen Situation bemüht man sich eher uneigentlich oder macht man eher eine Schau, oder macht eine Schau mit, als in der normalen Alltagssituation, die auf Station gegeben war. Darüber hatte ich mit dem Pfleger gesprochen. Anderntags wurde mir bei der Visite gesagt, man wünscht nicht, daß ich diese Vorlesung besuche, ich soll mich schonen, ich solle mich hinlegen am Nachmittag oder irgend sowas, eine Begründung, die mir nicht stringent erschien. Ich habe auch argumentiert, ich habe gesagt, ich bin doch dieses Semester auch eingeschrieben, ja, das wäre aber eine zu große Belastung, wenn ich jetzt studieren wollte.“

„Ich wollte das Beste machen aus meinem Aufenthalt. Da war auch die Sache mit dem Rohrschach-Test. Ich habe ja soweit immer klargesehen, daß ich in einem psychischen

Ausnahmezustand bin und habe gedacht, gut, vielleicht hat das einen Erkenntniswert für mich selber oder die andern. Natürlich in erster Linie für mich selber, und ich habe daraufhin dem Psychologen dort gesagt bei der Visite, er kann auch bei mir diesen Test vornehmen, ich würde mich gerne, wenn Psychologen, Kommilitonen oder Kollegen da sind, dann würde ich mich gerne als Versuchsperson zur Verfügung stellen, auch im Hinblick darauf, daß ich ja selbst Psychologe bin und auch selbst interessiert bin an meinem Zustand, was den ganz momentanen und punktuellen Egoismus ein bißchen überschreitet, mit anderen Worten, daß ich ein Erkenntnisinteresse an meinem Zustand habe, nicht nur, weil es meiner ist, sondern als Paradigma überhaupt für solche Zustände, die ich dann auch, was mir einfach was bringen kann, für den Beruf, den ich anstrebe, wenn ich hinterher noch mal sehe, wie sich das objektiviert. In einem Rohrschach z.B. Es wurde daraufhin im Keller ein Test vorgenommen, das hatte ich überhaupt nur selber angeregt, daß das aufgenommen wird, weil ich gedacht habe, vielleicht bringt es den andern irgendwas - aber, vor allem auch, wenn ich das später noch mal einsehen kann, dann kann ich selber auch sehen, wieweit ich mir selber verständlich bin im Rückblick.

Das war so eine Idee, vielleicht schaffe ich's, daß die Ärzte hier im Haus, bzw. im besonderen Falle, jetzt der Psychologe, daß der hinter meiner offensichtlichen Verrücktheit oder Unverständlichkeit oder irgendwo auch wieder den Kollegen akzeptieren kann oder den prospektiven Kollegen akzeptieren kann. Ich hätte z.B. damals, wenn man mir gesagt hätte, hier ist ein Medikament, wir wollen das testen, ob ich damit einverstanden wäre, ich hätte mir das genau erklären lassen, wie das Risiko ist und, wenn man mir erklärt hätte, das wäre also wichtig, daß Personen in meinem derzeitigen Zustand das nehmen, zunächst hätte ich ja sagen können, dann iß es doch selber, wenn's

dich interessiert, wie's wirkt, aber sonst wollte ich gern kooperativ sein, das war mir aber in diesem Falle nicht möglich, da bin ich immer wieder auf die Schranke gestoßen.

Vor allem die Schranke - verrückt und nicht verrückt -. Für den Pfleger bin ich verrückt, wenn ich Krimskrassammle und der ist für mich verrückt, wenn ich von vornherein keine Möglichkeit sehe, dem das begreiflich zu machen, warum und nur seine Sicht von mir, die ist also offiziell und von allen relevanten Stellen gebilligt und meine Sicht von ihm, die ist von allen relevanten Stellen mißbilligt, wenn ich sage, der ist verrückt, dieser Pfleger, dann sagt man mir, nicht nur daß du verrückt bist, du bist auch noch undankbar, denn der ist nur für dein Wohl da, an diese Mauer bin ich immer gestoßen."

Oder hier sein Empfinden zum Thema „Visite" oder „Gymnastik":

„Visite. Viele Leute, ein Ritual mit 'ner ganzen Corona, ein halbes Dutzend mindestens, von Leuten, die da plötzlich ins Zimmer quollen und na ja, ein bißchen peinliche Sache, man wurde - ich fühlte mich immer so - die Visite ist keine echte Chance gewesen, ist nie ne echte Chance gewesen. Ich fühlte mich vorgeführt. Dieses Ritual zielte für mich schon immer irgendwie darauf ab, daß man sich da ein bißchen entblößen sollte, aber vor so vielen Leuten, erstens Mal vielen Weißbekittelten Leuten und zum andern auch zusammen mit den andern Patienten im Zimmer - ich hatte ja das Glück, daß ich auf einem Dreierzimmer lag die meiste Zeit über, ich war ja nur ganz kurz im Saal, lag sonst nur mit zwei Leuten zusammen, - das fordert vom Patienten, oder ich fühlte da eine Schamlosigkeit von mir gefordert, die ich nicht aufbringen wollte. Die Visite dauert 5 Minuten, mit den Leuten im Zimmer bin ich den ganzen Tag zusammen, wenn ich, dadurch daß die bei der Visite auch anwesend sind, ist es schon mal nicht möglich, irgendwas zu sagen, was die auch

mitbetrifft oder wie die Verhältnisse im Zimmer sind, die konnte man schon mal nicht ansprechen. Dieser eine Mensch, der hat mich ja doch wahnsinnig gestört dauernd, das war bei der Visite nicht möglich zu sagen, daß der mich stört, denn der war mir als aggressiv schon soweit aufgegangen, daß ich Angst haben mußte, wenn ich jetzt sage, der nervt mich mit seinen Amischlagern den ganzen Tag und hab'ne Angst vor seinem körperlichen Angriff, wofür ich ihn jederzeit in der Lage hielt, daß er sowas bringt, das hätte ich ja in dessen Anwesenheit gar nicht sagen können, die Visite dauert 5 Minuten, die andere Zeit bin ich mit dem zusammen, da hat der dauernd Gelegenheit, das dann auch zu verifizieren. Wenn ich ihn also gewissermaßen verpetze, wenn er es so auffaßt. Und das ist so eine Sache, daß die Mitpatienten, die Mitzimmergenossen anwesend sind, vor denen man nun auch bestimmte Sachen nicht entblößen will, persönliche Verhältnisse; andererseits auch dieser ganze Schwarm unbekannter Leute aus der Ärzteschaft, mindestens ein Pfleger ist dabei, ich erinnere mich nicht, daß ich eine Visite erlebt habe, wo es weniger als drei, als ne Übermacht von drei waren. Erstmal, zu Pflegern hatte ich sowieso kein großes Vertrauen, denen wollte ich auch persönliche Dinge nicht äußern, dann, mindestens einen oder noch mehr der anwesenden Ärzte kannte ich ja auch nicht. So hat also die Frage „wie geht es Ihnen denn heute“ einen nicht nur konventionellen Charakter bekommen, sondern geradezu einen zynischen. Für mein Empfinden war es so. Die waren alle unter sich im Einverständnis, genau wie bei der Aufnahme auch, die waren unter sich einig irgendwie, da war man wie im Aquarium oder sonstwie von denen getrennt, von diesen, von der Kommunikation ausgeschlossen. So war das bei der Visite regelmäßig. Was ich positiv erlebt habe hier, das war die Gymnastik, das war das Positivste im Haus, was ich erlebt habe, daß man da ein bißchen geradeaus lief, Purzelbaum machte, das fand

ich unheimlich gut. Und die Mädchen waren auch so natürlich und locker und hatten nicht so ein Korsett wie die Ärzte. Das war als Gymnastik definiert und war auch Gymnastik, das fand ich sehr gut. Das war nur einmal am Tag.'

Erinnern Sie sich an die Diskussion über Ihre Erkrankung?

Ich hatte mir nun ja die Diagnose ein bißchen furchtsam mir selber gestellt, die mir unerklärliche Tatsache des Stimmenhörens, die mir unerklärliche Tatsache des Stimmen= hörens, ich wußte damals nicht, daß auch aufgrund von Reizdeprivation sowas, das Phänomen, auch auftreten kann auf Trips - obwohl, da hatte ich's nicht erlebt, - und ich wußte, daß es auftreten kann bei Schizophrenie, es war also dann eben diese landläufige Meinung hatte ich da nur. Und dann wußte ich ja auch wohl ein bißchen schon, was also Schizophrenie von kraepelin'scher Sicht her bedeutet, mit Schub und anschließenden Defizienzzuständen. Und da wäre ich gern ein bißchen entlastet worden. Durch einen Arzt. Das habe ich aber nicht erreicht. Ich wollte aufgeklärt werden, daß mir da einer sagt, wenn wir zu dieser oder jener Annahme kommen, dann beruht das da und darauf, und wenn wir zur Annahme kommen, das sei eine Schizophrenie, dann heißt das statistisch, aber vielleicht nicht für dich persönlich, daß du jetzt einen Intelligenzabbau erlebst oder sowas. Davor hatte ich ja unheimlich Bammel, daß ich verblöde. Ich hatte ein Halbwissen bis dahin, dazu hätte ich einen Arzt gebraucht, daß der mich davon entlastet, aber alles, was ich erlebt habe, ging in die andere Richtung. Es wurde tabuisiert, man hatte die Idee, man muß mir helfen, indem man mich schon und unter anderem auch schont vor den Einsichten, die man da glaubt über mich gewonnen zu haben. Deswegen auch dieses, die junge Ärztin hatte gesagt, Vorsicht mit LSD, du bist ein Typ, da kann sich das fixieren, zum Teil auch um meiner damals unschönen

Situation zu entrinnen, innerlich, aber auch deswegen, weil ich die faktisch widerlegen wollte, habe ich also nach der Entlassung jede Menge Haschisch und LSD genommen.

Sind Sie geduzt worden?

Von den Pflegern. Das war mir nicht recht, ich hab die ja auch nicht geduzt, da fühlte ich mich aber in der schwächeren Position, ich dachte, das ist eine Zeit der Anpassung, du mußt da durch. Daß ich's auf irgendeine Weise schaffe, da bald wieder rauszukommen, das war mir schon klar, und zwar nicht, daß ich einfach wegrenne, sondern mit Hilfe meiner Intelligenz."

4.) INTERPRETATIONSVERSUCH

Fast zehn Jahre nach dem Entstehen der weiter oben zitierten ärztlichen Dokumentation ergab sich die in mehrfacher Hinsicht reizvolle Gelegenheit, mit dem ehemaligen Patienten, - der in seiner Person die des mit der Materie Vertrauten birgt - er ist Psychologe-, über eine Zeitspanne seines Lebens zu sprechen, in der krankheitsspezifische Anteile seiner Persönlichkeit den Umgang mit den Mitmenschen, -wozu auch seine Ärzte zählen-, bestimmten.

Seine Stellungnahme und Schilderung seines damaligen Erlebens ist im Anschluß an das erwähnte Krankenblatt sehr wortgetreu festgehalten.

Diese Schilderung ist Ausgang und Anlaß zu dem folgenden Versuch einer Interpretation, die jenseits sonstiger möglicher Sehweisen sich vorwiegend mit dem Dissens zwischen den Akteuren einer Situation beschäftigt.

Diese hat gemäß vorgegebener Rollenidentifikationen ein bestimmtes Gepräge, dessen Evidenz aber dem „ aus der Rolle Gefallenen“ aus intrapsychischem Unvermögen nicht geläufig werden kann.

Es geht hier um einen Zeitabschnitt, in dem es dem betroffenen Individuum noch weniger als sonst gelingen konnte, sich innerhalb des allgemeingültigen Konsens zwanglos zu bewegen, vielmehr in seiner eigenen, versponnenen Innenwelt weitgehend gefangen blieb. Eine eigene Welt, die er zum damaligen Zeitpunkt zu erklären nicht in der Lage war.

Die im Krankenblatt so deutlich protokollierte Inkohärenz, die Zerfahrenheit des Gedankengangs und die für den Beobachter merkwürdigen Verhaltensweisen stellen sich im Nachhinein als sinnvolle Rede- und Verhaltensformen dar, wenn auch zum

Zeitpunkt der akuten Psychose die Verstehbarkeit unter der mehrfachen Verschlüsselung jeglicher Aktion im Dienste krampfhaften Zurechtrückens zu leiden hatte, und schließlich der Tatbestand des Verrücktseins offen zutage lag.

Unverständlich war nicht nur das Verhalten des Kranken; die Gesamtsituation und das Agieren der jeweils Beteiligten waren dem Betroffenen in ähnlicher Weise, - wenn nicht sehr viel tiefer -, unverstehbar.

Zusätzlich zu seinen psychotischen Innenerlebnissen spürte er schmerzhaft die totale Beziehungslosigkeit; trotz angestrengter Versuche, in den bereits verkannten, falsch definierten Situationen mit den einzelnen Partnern in Beziehung zu treten durch wiederum ungeeignetes, - subjektiv als angepaßt gewertetes-, Verhalten, gelang es ihm nicht, in seiner Umwelt eine befriedigende Resonanz zu finden; im Gegenteil, die Reaktionen der Anderen erhöhten seine Pein und erschöpften seinen Erfindungsreichtum, der seinerzeit darauf zielte, mit Hilfe zahlreicher Requisiten aus dem individuellen Repertoire seinen Standpunkt inmitten der Anderen zu behaupten.

4.1 ÜBERFORDERUNG DURCH MANGELNDE FÄHIGKEIT, INFORMATIONEN ADÄQUAT ZU VERWERTEN

Im vom Probanden gesprochenen Text wird deutlich, daß der Patient immer wieder scheitern mußte im Bemühen, sich „rechters“ zu benehmen, adäquat zu reagieren. Die Situationen, in die er geriet, überforderten ihn, da diesen die für ihn in seiner prekären psychischen Verfassung notwendige Eindeutigkeit mangelte.

Wie THOMAS erklärt, ist die „Situationsdefinition eine notwendige Voraussetzung für jeden Willensakt, denn unter gegebenen Bedingungen und einer gegebenen Kombination von Einstellungen wird eine unbegrenzte Vielzahl von Handlungen möglich, und eine bestimmte Handlung kann nur dann auftreten, wenn diese Bestimmungen in einer bestimmten Weise ausgewählt, interpretiert und kombiniert werden und wenn eine gewisse Systematisierung dieser Einstellungen erreicht wird, so daß eine von ihnen zur vorherrschenden wird und die anderen überragt.“ (S. 84)

So auch DREITZEL, der auf die Bedeutsamkeit „sozialer Situationen“ für das Zustandekommen einer Interaktion verweist.

In einer Arbeit von AVENARIUS, die sich mit der Gewichtung ätiopathogenetischer Faktoren der Schizophrenie befaßt, erscheint der Satz: „Pathogenetisch näherliegend wäre, daß der Prae-Schizophrene infolge seiner kognitiven Schwäche auf Informationen angewiesen ist, die sehr viel eindeutiger sein müssen, als dies bei Gesunden zur Verständigung notwendig ist, und daß er sonst leichter irritiert wird. Der pathologische, für das Problem der Schizophrenie-Entstehung allein relevante Grund liegt dann aber nicht in der nicht extrem eindeutigen, sondern stattdessen mehrdeutigen Informationsweise (im Sinne des double-bind oder der Mystifikation), die normalerweise keinen solchen Schaden stiftet, sondern in der davon betroffenen vulnerablen Disposition des Prae-Schizophrenen.“

Ähnlich hat sich SÜLLWOLD (1977) in einer monographischen Studie über Denkstörungen des Schizophrenen geäußert.

Da die Ätiologie der Erkrankung hier nicht interessiert, soll lediglich der Gedanke hervorgehoben werden eines psychischen Unvermögens des Schizophrenen, mit Leichtigkeit aus der Vielfalt alltäglicher Informationen persönlich relevante, handlungsanweisende herauszufinden. Diese Tatsache betrifft nicht nur den „Prae“ -sondern den Schizophrenen überhaupt, wobei uns der Begriff einer „Prae-Schizophrenie“ aus grundsätzlichen Überlegungen zumindest fragwürdig erscheint.

Das Resultat des mangelnden Sichzurechtfindens, bedingt durch die Unmöglichkeit, vielfältige Informationen zu verwerten, - erst recht in der akuten Psychose -, schildert der Patient sehr anschaulich:

Er fühlte sich als Zielscheibe von Spott, kam sich lächerlich vor, da da offenbar Rituale galten, die er nicht erkennen konnte und in denen er sich nicht als Teil des Ganzen wiederfinden konnte. Die Doppelbödigkeit allen Gesagten machte ihn den Anderen gegenüber hilflos und unterlegen.

4.2 UNFÄHIGKEIT, SITUATIONEN DEM ALLGEMEINEN KONSENS GEMÄSS ZU DEUTEN

So konnte ihm in seinem wirren Zustand, - in dem also die mühelose Definition von Gegebenheiten, - insbesondere das Erkennen von Definitionen Anderer -, erschwert, oder nahezu unmöglich zu sein scheint -, unter anderem die einfache Tatsache nicht evident werden, daß ein Student wegen eines dürftigen Vorlesungsverzeichnisses nicht bei einem etablierten Universitätsassistenten, - oder gar im Vorzimmer des Dekans -, vorstellig zu werden braucht, sondern eben gerade durch dieses vom allgemein gültigen Konsens abweichende Verhalten auffällig sein muß.

Der Patient ist offenbar nicht in der Lage, - und dies markiert sein spezifisches Erkranktsein -, allgemein übliche und vereinbarte Merkmale einer Situation in gleicher Weise und in Übereinstimmung mit den Anderen als Bestimmendes zu sehen.

Nach THOMAS beinhaltet „Situation“ drei Arten von Daten: „ 1. Die objektiven Bedingungen, unter denen ein Einzelner oder eine Gesellschaft zu handeln hat, das heißt die Gesamtheit der Werte - wirtschaftlich, religiös, sozial, intellektuell und so weiter -, die im gegebenen Augenblick direkt oder indirekt den bewußten Status des Einzelnen oder der Gruppe beeinflussen.

2. Die bereits bestehenden Einstellungen des Einzelnen oder der Gruppe, die im gegebenen Augenblick sein Verhalten tatsächlich beeinflussen.

3. Die „Definition der Situation“ das heißt mehr oder weniger klare Vorstellungen von den Bedingungen und das Bewußtsein der Einstellungen.“
(Seite 84)

GLATZEL bemerkt:

„Eine Beziehung zwischen zwei oder mehreren Partnern setzt eine relative Einmütigkeit hinsichtlich der Interpretation der objektiven Gegebenheiten voraus, wobei vermutlich eine Relation besteht zwischen dem Grad der Einmütigkeit und der Intensität beziehungsweise Intimität der Beziehung. Die subjektive Interpretation der objektiven Gegebenheiten strukturiert nicht nur das eigene Verhalten, sie ist auch maßgebend für die Erwartungen, mit denen der eine Partner dem Verhalten des anderen begegnet.“ (Der Nervenarzt 1977, Seite 430)

Der Patient fand es auf arglose Weise gewöhnlich, sich auf seine Art Einblick ins Vorlesungsverzeichnis zu verschaffen. Ungewöhnlich wurde ihm die Situation erst, als ihm - wie er es auffassen mußte - überaus Ehre zuteil wurde, nämlich zum Teetrinken aufgefordert zu werden.

Er wertet also Signale im Verbund von Gegebenheiten als wesentlich bestimmende, die niemals als solche ausgesandt wurden. Er greift zwar sicherlich vorhandene, aber im Gesamtzusammenhang unwesentliche Details heraus, - selbstherrlich und in gewisser Weise auf sich selbst als Maßgebendes zurückgeworfen -, die ihm zur Verhaltensorientierung dienen sollen.

Daß hinter dem Akt des Teetrinkens eine gänzlich andersartige Intention stand - ihn schlicht zu beschäftigen bis zum Transport in die Nervenlinik -, wurde ihm nicht offenbar. Verwirrt erlebte er eine - seine Erwartungen bei weitem überschreitende - „ehrenvolle“ Behandlung, die seine zukünftigen Erwartungen beeinflussten und schließlich ins Uferlose führten. Es gelang ihm zu diesem Zeitpunkt nicht mehr, eine andere mögliche Definition, eine für die anderen relevantere, jenseits der seinen liegende, zu verifizieren.

Er schloß aus der ihm zuteil werdenden Geste Freundlichkeit, - was durchaus, wenn auch in einem ganz anderen Sinn, zutrifft-, konnte auch die plötzliche „Hektik“ des Herrn X., der wahrscheinlich besorgt in die Nervenlinik telefonierte, demzufolge nicht einordnen, lediglich mit Verwunderung registrieren, was nun wiederum den eindeutigen Ablauf für ihn ins Schwanken brachte.

4.3 ORIENTIERUNGSVERSUCHE IM SYSTEM

ICHFREMDE MASSTÄBE

Er ist also ständig gezwungen, Geschehnisse auszudeuten, auf daß sie wieder in sein ureigenstes Beurteilungssystem der Gegebenheiten passen. Durch den Verlust des Gesamtzusammenhanges gelingen ihm Deutungen immer mühsamer, bis ihm die Dinge schließlich auf eine einzigartige Weise verfügbar werden, dadurch, daß er sich von der Verbindlichkeit bestehender, bisher nicht quälender, aber auch für ihn nicht recht zählender, allgemeiner Übereinkünfte trennt. Zumindest was die floride Psychose betrifft, die seine Haltung nur, -wenn auch spezifisch-, akzentuiert, übt er kein Wohlverhalten mehr im Akzeptieren von Regeln, die durch für ihn fremde Maßstäbe determiniert sind. Von der in sonstigen Verfassungen befolgten „Rücksicht“ Außenstehendem gegenüber bleibt keine objektiv erkennbare Spur.

Nach Ablauf der floriden Psychose werden diese Möglichkeiten eines „höflichen“ Kontakts mit der Mitwelt wieder ausgeschöpft, so daß diese kurzfristige Auffälligkeit während einer akuten Psychose wieder etwas in den Hintergrund tritt, weil der Patient den Anderen eine Art von Kontakt mit ihm erlaubt, der die gründliche Beziehungslosigkeit zwischen beiden nicht so drastisch augenfällig macht, wie es durch den individuellen Zusammenbruch während einer akuten Dekompensation geschieht.

Wenn man davon ausgeht, daß nach GOFFMAN im Rahmen der gewöhnlichen, alltäglichen Rolleninszenierung eines jeden von uns gewisse Techniken zur „Eindrucksmanipulation“ angewandt werden, so erscheint im Hinblick auf das bisher Gesagte der Zusammenbruch gerade auch dieser Fähigkeit ein

beliebiges Individuum empfindlicher Hilfen zu berauben, es kommt zu „Störungen in der Vorstellung“, „denn diese Störungen zu vermeiden, ist die Funktion der Technik der Eindrucksmanipulation.“ (1973 S. 189)

SCHEFF meinte in seiner soziologischen Studie, das Individuum habe „sein eigenes Repertoire an Erwartungen. Unter besonderen Umständen mögen sie mit den Sanktionen, denen es ausgeliefert ist, entweder übereinstimmen oder in Konflikt stehen. Es kann zu einer restlosen Übernahme der Rolle dann führen, wenn die Rolle Teil seiner Erwartungen ist und wenn diese Erwartungen in der sozialen Interaktion erneut bestätigt werden.“

Es tritt durch die „Etikettierung“ (SCHEFF), „Diskreditierung“ (GOFFMAN), „Degradation“ (GARFINKEL), mit der Regelübertretungen im Gesellschaftsgesamt sanktioniert werden, ein Effekt auf, der den Kranken zwingt, seinen Standpunkt neu zu klären, was ihm durch die spürbare Wertung seines Soseins nicht leicht gemacht wird.

4.4 BEZIEHUNGSLOSIGKEIT UND DEREN MÖGLICHE BEGLEITERSCHEINUNGEN

Die mehrfach genannte „Beziehungslosigkeit“ ist nicht nur vom Untersucher zu beobachten; der Kranke selbst muß beispielsweise aus dem Sich-nicht-verstanden-fühlen diesen Mangel erfühlen, was sich unter anderem aus der Strategie des Rückzugs, - immer stärker werdender autistischer Tendenzen-, herleiten ließe.

Wäre der Patient nicht in der Lage, sich dieser Dinge gewiss zu sein, -zumindest zu registrieren, daß er isoliert stehe-, wäre der Hang mancher Schizophrener unverständlich, sich Außenseitergruppen der Gesellschaft

beizusiedeln. Ein Motiv, - und sei es noch so unreflektiert, könnte darin bestehen, das eigene Anderssein zur unauffälligen „ Norm“ verwischen zu wollen, will heißen, in einer aus anderen Gründen als „abnorm“ bezeichneten Gruppe unterzugehen und einer Art von Selbstverständnis zu finden, die aus dieser gesuchten Nische heraus wiederum eine „Künstliche“ Beziehung möglich macht.

In der Regel wird die soziale Rolle „ normaler Außenseiter“ leichter als Bestandteil der Selbstauffassung anzunehmen sein als die des Geisteskranken.

In irgendeiner Weise kommt diese Haltung einer Art von „ Kommunikationsverweigerung“ nahe, die von BAEYER (1979) in seiner Studie: „ Über „ Polit -wahn““ in Bezug auf terroristische Randgruppen als „Willkürakt, der an sich mögliche Verständigungsakte hintertreibt“ beschreibt. Er unterscheidet aber deutlich zwischen „ Wähnen und Wahn“:

„ Die Erfahrungen mit dem zeitgenössischen Politwahn in zweierlei Pseudogestalt bekräftigen unsere Auffassung, daß das Wahnproblem ein Problem der Kommunikation und der Interaktion sei, wie es Johann Glatzel für den schizophrenen Wahn kürzlich einleuchtend dargelegt hat.

Im Vergleich zu den bekannten Wahnformen auf schizophrener, paranoischer und hirnnorganischer Basis zeigt es sich auch an den zuletzt erwähnten Randformen wahnenden Verhaltens, daß dessen Widerspruch zum Augenschein und zum Konsens der Verständigen in verschiedenen Weisen des Kommunikationsbruches und der Einengung von Kommunikationsmöglichkeiten wurzelt. Mit Glatzel erkennen wir am echten, mit Sicherheit krankhaft zu nennenden Wahn das Phänomen der „Pseudo-Intimität“, die stillschweigende und unbezweifelte Voraussetzung des Wahnkranken, daß die gesunden Situationspartner und überhaupt alle Welt in ihrem Realitätsurteil von derselben Situationsdefinition ausgehen und dadurch zu derselben Beurteilung gelangen müssen, wie er selbst.

Den grundlegenden Dissens mit dem gesunden Situationspartner scheint der Wahnkranke gar nicht wahrzunehmen, „er verhält sich vielmehr so, als sei eine übereinstimmende Definition der Situation gegeben“ (Glatzel, S. 141). Diese Pseudointimität zwischen dem Kranken und seiner mitmenschlichen Umgebung, meint Glatzel, „Gründe beim schizophrenen Wahn im bekannten Durchlässigwerden der Ich-Umwelt-Schranke. Diese Annahme unterstreicht die bei wahnbildender Geisteskrankheit vorliegende, fundamentale, bis in die Ich-Konstituierung hinabreichende Gestörtheit des geistig-seelischen Seins.“ (S. 208 f.).

In einer aus anderen Gründen stigmatisierten sozialen Gruppierung kann möglicherweise „die der Realitätskontrolle und dem Waltenlassen von Vernunft dienliche mitmenschliche Kommunikation“ (von Baeyer) zwangloser statthaben „bedingt durch das Gesetz der Randaffinität, das individuell-psychische Abnormität in die Abseitigkeit gesellschaftlicher und übrigens auch religiöser Randgruppen hineinzieht und für den Einzelnen von der Randgruppe her ich-entlastende, rechtfertigende Projektionen bereithält.“ (v. BAEYER a.a.O.)

4.5. DESINTEGRATION DURCH FEHLENDE

EINDEUTIGKEIT

Es ist keinesfalls anzunehmen, daß der Schizophrene ein Produkt bestehender, wie auch immer gearteter Mißstände innerhalb einer wie auch immer strukturierten Gesellschaft ist, bestimmend für die Verhaltens- und Erlebensweisen eines Betroffenen ist einzig die bei ihm sui generis bestehende Störung, die sich für ihn und seine Beobachter unter anderem in einer Beziehungslosigkeit manifestiert. (Siehe die zusammenfassende Diskussion bei KEUPP)

Der Patient ist durch das Auftreten einer akuten Psychose in fundamentalen Bezügen behindert, er ist außer Ordnung geraten. Es scheint davon unabhängig einen weiteren Akzent durch die Außerordentlichkeit der Situation selbst zu geben, die ja für den Betroffenen keinerlei Hilfskonstrukte - Wiederererkennbares - zur Verfügung stellt. Gemeint ist hier der seinen Erfahrungen bisher fremde Rahmen, für den ihm keine reproduzierbare Einordnungsmöglichkeit geläufig ist.

GLATZEL legt präzise die Perspektive einer Begegnungssituation dar:

„ Jede Begegnung zweier Menschen begründet eine Beziehung zwischen ihnen, das heißt, beide verhalten sich in einer bestimmten und beschreibbaren Weise zueinander. Ihr Verhalten ist durch die Vielzahl von Determinanten festgelegt, so etwa durch die äußeren Umstände, unter denen die Begegnung zustande kommt, durch Lebensalter und Geschlecht der Partner, durch die Intimität ihrer Bekanntschaft oder durch die Anwesenheit Dritter. Eine Reihe weiterer Fakten wäre zu nennen. Durch eben diese Fakten erfährt die Situation eine erste Strukturierung, in der wechselseitig das Verhalten in gewissen Grenzen festgelegt ist. Diese Grenzen, mit denen gleichzeitig einige der Regeln bestimmt sind, nach denen die Begegnung ablaufen kann, sind variabel, allerdings nicht beliebig, wenn die Erwartungen des anderen nicht enttäuscht werden sollen.“ (Das Psychisch Abnorme, S.67)

Im weiteren Verlauf suchte der zusehends eingeengte Patient die Eindeutigkeit im Geschehen aufrecht zu erhalten, eine Eindeutigkeit, die ihm von außen nicht geboten werden konnte, und die er nötiger denn je brauchte. Da ihm offenbar entging, - niemand hielt es für geboten, ihn aufzuklären -, daß er in eine Nervenklinik eingeliefert

werden sollte, muß sich die Fahrt dorthin für ihn als eine solche darstellen, die ihn - wiederum ehrenhalber - dem Psychologen-Stammtisch zuführen sollte. Das fand er zwar ungewöhnlich, jedoch keineswegs unmöglich.

4.6. REALITÄTSVERLUST AUF DEM BODEN

UNTAUGLICHER DEUTUNGEN

Als diese - für ihn zwingend logische - Erwartungshaltung enttäuscht wird, verliert er vollends den Durchblick, den er auf Kosten der Realität mit Hilfe seiner Bemühungen um Eindeutigkeit zu erhalten suchte. (AVENARIUS spricht vom „Verlust der Ich-Umwelt-Balance“.) Der Patient verkennt jede weitere Situation aufs Neue mit einer gewissen Zwangsläufigkeit, die sich aus dem ursprünglichen Verhaltensmuster ohne reales Echo ergibt.

Hierzu GLATZEL: „ Das Wesentliche der dissensuellen Situationsdefinition besteht in der besonderen Perspektive, unter der die objektiven Gegebenheiten vom psychisch Abnormen wahrgenommen werden. Es werden Aspekte als bestimmend gewertet, denen im Verständnis der Anderen entweder gar keine oder allenfalls eine periphere Bedeutung zukommt. Sinngemäß das gleiche gilt für die Einschätzung des Verhaltens und der in ihm zum Ausdruck kommenden Erwartungen. Im Ergebnis stellt sich die Situation im Verständnis des Betroffenen hinsichtlich allgemeiner Bedeutung, aktuellem Thema, des und durch das Thema abgesteckten Relevanzbereich als zwar auch schlüssig definiert dar, aber diese Definition deckt sich nicht mit derjenigen der Interaktionspartner. Im Handeln um Identität gehen beide Seiten deswegen von einem unterschiedlichen Situationsverständnis aus, wobei der Dissens lediglich vom Interaktionspartner wahrgenommen wird. Die im Rahmen einer dissensuellen Situationsdefinition entwickelte Interaktion

ist stets aufs äußerste gefährdet und immer vom plötzlichen Zusammenbruch bedroht. Das Verhalten des psychisch Abnormen ist erwartbar nur dann, wenn es gelingt, sein besonderes - abweichendes - Verständnis der Situation zu erfassen." (Nervenarzt 1979, S.305 f)

Bei der Aufnahme ist der Patient anfangs desorientiert, er weiß realiter nicht, wo er ist, genauer, warum er, wo auch immer, ist. Er steht isoliert Leuten gegenüber, die ganz offenbar etwas von ihm wollen. Was genau dieses sein könnte, kann er nicht herausfinden. Er fühlt sich überfordert, er empfindet die Gesamtsituation als aggressiv, da für ihn keinerlei logische Verknüpfung mit dem Vorausgegangenen möglich ist. Es beginnt jetzt für ihn ein wahrer Kampf um das Aufnehmen einer wie auch immer gearteten Beziehung. Er scheitert allerdings ständig, da die an ihn adressierten Fragen in keinem für ihn notwendigen, überschaubaren, eindeutigen Zusammenhang stehen; es fehlt ihm die „Grundlage jenes Vertrauens“, welches sich aus der „Vorhersehbarkeit des Verhaltens der anderen“ ergibt. (GLATZEL S. 81 a.a.O.)

4.7 SPEZIFISCHE DEFINITIONEN DER SITUATION

UND GÄNZLICHE VERKENNUNG

Nun war der Patient sich einerseits deutlich bewußt, nichts „ausgefressen“ zu haben, andererseits fand er sich subjektiv in einer gegen ihn gerichteten Strafaktion wieder. Aus seiner jüngsten Erfahrung ist ihm geläufig, daß zu Beginn einer solchen, - bei einer Verhaftung beispielsweise -, in eindeutiger Weise artikuliert wird, daß alles Gesagte gegen den betreffenden Probanden verwendet werden könne. Eine derartige, eindeutige Mitteilung wird ihm

nicht gemacht. Folglich ist für ihn dieser Zusammenhang auszuschließen, getreu dem aus ihm kommenden Wunsch, sich jeweils der äußeren Gegebenheit anzupassen, wie er sie zu sehen in der Lage ist, vor allem die ihm Entgegen-tretenden in ihren Aktionen für sich selbst begreifbar und damit beurteilbar zu machen.

Damit zeigt sich die beschriebene Inkohärenz, die Zerfahrenheit, Ideenflucht etc. Das einführende Verstehen dieser enorm beschleunigten psychischen Abläufe mag fast unmöglich sein durch das ständige, unangekündigte Aufheben eines gerade noch geltenden Bezugs, ersetzt durch neue, flüchtige, stark eingeeengte und vor allem nur individuell geltender Situationsdefinitionen.

GLATZEL spricht in diesem Zusammenhang von der „fluktuierenden Situationsdefinition“. Er sagt:
„Die Situationsdefinition wird dann als fluktuierend erlebt, wenn die Situation nicht in einer stabilen Reliefstruktur profiliert ist in der Weise, daß einzelne Aspekte als thematisch dominierend gegenüber anderen prävalieren. Wie ein wandernder Lichtstrahl aus einem unebenen Hintergrund mal die eine, mal die andere Kontur hervortreten läßt, so fluktuieren die das Thema der Situation bestimmenden Elemente hinsichtlich Prägnanz und determinierendem Gewicht. Für den Betroffenen wird keiner der möglichen sinngebenden Verweisungszusammenhänge zwingend, verschiedene, einander zum Teil ausschließende konkurrieren miteinander. In der Regel spricht sich in der fluktuierenden Situationsdefinition ein fehlender bzw. stückhaft auf Vergangenes verweisender Rückbezug aus oder eine verkürzte Zukunftsbezogenheit der konstituierenden Einzelelemente.“ (Das Psychisch Abnorme, S.62f)

Die Definition des Patienten, die Erklärung der Vorgänge liege in einer gegen ihn gerichteten Straßaktion, erweist sich für ihn also als unhaltbar; er wendet sich der für ihn dann verständlicheren Version zu, nämlich sich als Jüngster und neu Hinzugekommener in einer schlagenden Verbindung zu befinden, erklärt sich seine eigene mangelnde Kenntnis der Abläufe damit, daß man sich offenbar einen Spaß mit ihm zu machen gedenkt.

Auf der Suche nach Orientierung hält er sich an Einzelheiten, die realiter sicherlich in irgendeiner Weise den gleichen Schluß zulassen, den der Patient daraus zog, nämlich, daß ihm da offenbar ein hierarchisches Gefüge gegenüberstehe, welches in seiner abgestuften Gesamtheit gegen ihn gerichtet sei, allerdings in Bezug auf Wichtigkeit eine andere Bedeutung hat. Daß er für dieses Phänomen das ihm näherliegende Bild einer schlagenden Verbindung findet, erscheint - seiner Logik folgend - durchaus begreiflich.

So wird ihm immerhin möglich, diesen fremden Forderungen gegenüber, in gewisser Weise zu willfahren, fühlt er sich doch für sein Teil eindeutig als „auf der untersten Stufe dieser Rangordnung“ stehend und folglich den Andern verpflichtet.

Ratlos und ängstlich, wie der Aufnahmearzt dies konstatierte, sieht der Patient sich Bedingungen gegenüber, deren Sinn und Nutzenanwendung ihm gegenüber er nicht verstehen kann.

Im dumpfen Bewußtsein, sich vor den Andern verbergen zu müssen, spielt er ein Spiel, dessen Regie ihm längst nicht mehr gelingt.

RÜMKE sagt in seiner Arbeit „Über die Schizophrenie“ (S.210):
„Tatsächlich sehen wir bei Schizophrenen, wie die

Defensivbarrieren schwanken, dann sehen wir Halluzinationen und Wahn, wir sehen das Sichzurückziehen und das wilde sich erwehren, nachdem alle Abwehrmöglichkeiten weggefallen sind." Er stellt die Idee in den Raum, Schizophrenie seien in gewisser Weise in der Lage, zu „wählen“, beispielsweise verworrenes Sprechen, wenn Themen berührt werden, die dem Betreffenden unangenehm sind. Dies stelle einen Versuch dar, durch „richtige ökonomische Verteilung“ der noch zur Verfügung stehenden Energie „sehr vorsichtig auf einem normalen Niveau [zu] leben und [zu] handeln.“

4.8. ERFOLGLOSES BEMÜHEN

UM ABGRENZUNG

Im Versuch, von der Intimität seiner Person abzulenken, fragt er zum Beispiel „leichtsinnigerweise“ nach der Bedeutung eines Tonbandes, welches ihm lediglich zum Begreifen des Raumes und dessen Funktion dienen soll. Auf jeden Fall hat es nicht die von den Untersuchern gemutmaßte Bedeutung für ihn. Durch das für ihn deutlich spürbare Interesse seiner Untersucher daraufhin fühlt er sich in die Enge getrieben, hat er doch jenseits der ablaufenden Symptomatik der floriden Psychose eine Vorstellung von seiner eigenen Erkrankung, die durch das Stimmenhören – über das seine Untersucher offenbar in extenso mit ihm zu reden beabsichtigen – einen neuen und schlimmen Akzent für ihn bekommen hat.

Nicht nur, um die Andern abzulenken, bewegt er sich auf verschiedenen Ebenen. Einmal die Strategie verfolgend, die Andern in die Irre zu führen und damit irgendwie aus dieser entsetzenden Situation wieder herauszukommen; andererseits selbst in die Irre geführt durch seine falsche Auslegung des Geschehens.

Er ist also nicht mehr Herr der Situation; obwohl er alle Anstrengungen betreibt, eine formale Übereinstimmung mit den Andern zu erreichen, sind ihm deren Re- und Aktionen unverständlich geworden, nicht mehr vorherzusehen und damit nicht mehr mit Passendem zu beantworten.

Das Interesse seiner Untersucher sucht er zu befriedigen mit Dingen, von denen er annimmt, daß sie ebenfalls interessieren, jedoch seine persönlichen Sphären weniger betreffen. So redet er im Wortsinn Gedankenloses, (wie oben RÜMKE), was von ihm selbst teilweise durchaus als Ungereimtes in einer Art von Verteidigung produziert wird, ohne daß er zu erkennen in der Lage ist, daß sein Gerede, eben wegen dieser nonchalanten Ungereimtheit von den Andern als tatsächlich auffällig gewertet wird. Es klafft nach jedem seiner Kommunikationsangebote die gleiche, nicht zu bewältigende Lücke, die ihn in eine Isolation ohne jegliche Beziehung stellt.

Es zeigt sich anhand des allerersten Gesprächs für beide Parteien -Patient und Untersucher -, daß da offenbar etwas ist, was die gegenseitige Verständigung erschwert, was den Patienten vorbeireden läßt an gezielten Fragen, diese teilweise erst recht verspätet, spontan und mißtrauisch beantwortend.

Dies ist eine exemplifizite Situation, in der ein Gebrechen - Schwierigkeiten mit allgemeingültigen Definitionen einer Situation zu haben - überaus deutlich zutage tritt. Der zum Patienten Erklärte ist gezwungen, gewissermaßen Farbe zu bekennen, einer Übermacht gegenüber, die, - um die Diagnose zu untermauern -, nicht locker läßt, ohne ihm irgend eine Möglichkeit des Rückzugs und der damit verbundenen Spanne des Sichfassens zu lassen. Es ist

eine Situation, in der auch die Vielzahl der Beteiligten den Patienten verwirrt, einschüchtert und üblicher Strategien beraubt, deren Erprobteste bisher die des Rückzugs war.

AVENARIUS spricht in diesem Zusammenhang eine deutliche Warnung im Bezug auf langjährig Kranke aus, jene im Rausch rehabilitativer Verfahren „gesellschaftsfähig“ machen zu wollen: „Wenn man überhaupt daran geht, die chronisch Schizophrenen aus der Anstalt heraus in die Gemeinschaft zurückzuholen, so sollte man dies nur tun, wenn die Kranken dabei unter Lebensbedingungen geraten, die ihrem wesensgemäßen Einzelgängertum und ihrer Gemeinschaftsschwäche gerecht werden. In ihrem autistischen Sonderlingsleben verbirgt sich viel an Abwehrvorgängen, die über viele Jahre zu einer Leidentlastung geführt haben. Durch den Zwang zu wesensungemäßer Gemeinschaftlichkeit sollte man ihnen kein Leid antun.“... man solle „jede rehabilitative Maßnahme darauf prüfen, ob sie nachweislich das Wohlbefinden des Individuums vermehrt und nicht zu einer Tendenz zur Vergemeinschaftung und Kommunikation entspricht, die in der Welt der Gesunden zwar ihr begrenztes Recht hat, in der jener Kranken aber fehlt oder nur viel schwächer ausgebildet ist.“ (Nervenarzt 1976, S. 487)

Wir glauben nicht, daß sich oben Gesagtes nur auf chronische Verläufe bezieht.

Die Situation enthält für den Patienten extreme Widersprüche und ist in ihrer Entwicklung aus anderen für den Patienten schon deswegen fremdartig, unhandlich und nicht zu bewältigen, da er von einem bestimmten Zeitpunkt an die allgemeingültigen Wert- und Verhaltensmaßstäbe, - ohne dies zu bemerken -, außer acht ließ; die daraus entstandene konsequente Entwicklung muß ihm uneinsichtig bleiben, ist ihm doch selbst kein Bruch der Konvention bewußt.

4.9. SELBSTBEHAUPTUNGSVERSUCHE IM VERLAUF DES STATIONÄREN AUFENTHALTS

In jedem Falle bleibt der Patient bemüht, seine natürliche Manierlichkeit anzuwenden, ist jedoch auch mit dieser nicht besser ausgestattet als ohne sie, scheint die Situation in seinen Augen doch eine solche zu sein, die unter anderem die Höflichkeit des Sichvorstellens vermissen läßt. Eine Situation, in der für ihn eine Verpflichtung intuitiv fühlbar wird und die auch für ihn ein außerordentliches Gepräge hat, ohne die Besonderheit, sie mit altvertrauten Instrumenten bewältigen zu können, wie es zum Beispiel das Instrument der höflichen Gegenfrage gewesen wäre. Für ihn ist das Milieu ebenso fremdartig, so exceptionell, wie seine Verhaltensweisen wohl von den Untersuchern als eigenartig vermerkt werden.

Auch später stößt sich der Patient immer wieder an der Verschiedenartigkeit der Definitionen, genauer an der uneindeutigen Benennung der Situationen. Das Wort „Visite“, Interesse vermittelnd durch die Frage: wie geht es Ihnen heute?, ohne jedoch die tatsächliche, aus dem Interesse versprochene Kommunikation zu bieten, so daß der Charakter der Frage dem Patienten als zynisch erscheinen muß.

Dahingegen steht die klare, hinterhaltlose Situation „Gymnastik“, die sich dem Wortsinn getreu auch als solche erweist. Erschreckend für den Doktor, der mit seiner „Traktion“ erreicht, daß etwas derart Cotherapeutisches als Zuverlässigstes und Stützendstes innerhalb der Gesamtmaschinerie gesehen werden kann.

Es zeigt sich auch hier, daß keine Basis des Vertrauens bestand, keine Möglichkeit, irgendetwas oder gar irgendemadem ohne Argwohn zu begegnen. Der rigide Ablauf eines Stationsbetriebes gibt keinerlei Garantie dafür, dem in ihn Einbezogenen das Gefühl zu vermitteln, letztendlich für ihn (verstehbar) dazusein. Überall eckt der Patient an, erlebt recht eigentlich nichts anderes als das, was ihn überhaupt in eine Klinik geführt hat: die makabre Verdeutlichung seiner Isolierung, das bittere Erlebnis einer nicht funktionierenden Kommunikation. Allein und insgesamt noch wehrloser als in seinem persönlichen Alltag ist er gezwungen, sich Gesetzen zu unterwerfen, deren Sinn er nur dann einsehen könnte, wäre er zur Selbstaufgabe bereit. Solange aber ein Funke Selbstbehauptung erhalten ist, ein Quäntchen Phantasie, die das Bilden einer privaten Nische möglich macht, einen Rückzug auch unter der Bedingung der totalen Observierung gestattet, solange kann das gesamte, als zur Hilfe dienend geplante System nur als furchteinflößend und entwürdigend empfunden werden.

4.10 HILFLOSIGKEIT AUF DEM WEG

ZUR REMISSION

Keinesfalls soll hier die Rede sein von besonders schlimmen Zuständen in der Psychiatrie, es soll lediglich daran erinnert werden, daß Psychisch Kranke letztendlich deutlicher als Andere zu empfinden in der Lage sind, in welcher Geisteshaltung man ihnen gegenübertritt.

Genauer, die dargestellte Haltung, zur Hilfe des Patienten bereitzustehen, wird sofort als unrichtig durchschaut, zumindest als unzutreffend eingestuft. Denn die proklamierte Hilfe stellt sich schließlich als ungreifbar heraus, jegliche

persönliche Notwendigkeit wird ihres gegenwärtigen Anspruchs entkleidet, Maßnahmen, die hilfreich getroffen werden, können vom Patienten nur als Einschränkung und Behinderung empfunden werden. Der wesentliche Bestandteil, nämlich der der medikamentösen Therapie, wird so wenig erklärt, daß gerade Medikamente in Mißkredit geraten müssen, als ein Elixir empfunden, eine fast zauberhafte Übermacht der Andern garantierend.

Eine Übermacht, der sich der Patient völlig ungerechtfertigt gegenübersieht, die ihn aber dazu zwingt, widerspruchslos alle Verdikte auf sich zu nehmen im dumpfen Hoffen, dadurch letztendlich dieser Macht zu entfliehen.

Wie Betroffene selbst die Art der Hilfeleistung, speziell die des Doktors, zu sehen in der Lage sind, sei aus SCHEFF's Werk: „Das Etikett „Geisteskrankheit““ entnommen, wo er nach M.L. Hayward und J.E. Taylor zitiert. (M.L. Hayward, J.E.Taylor „ A Schizophrenic Patient Describes the Action of Intensive Psychotherapy“/ The Psychiatric Quarterly, 30, 1956).

„Patienten stehen nur da und lachen, wenn der Doktor versichert, er wolle ihnen helfen und es im Grunde doch gar nicht will oder nicht kann, sie durchschauen ihn... Sie versuchen, dem Doktor entgegenzukommen, aber sie versuchen auch, ihn zu verwirren, sofern er gar nicht beabsichtigt, nach etwas Wichtigem zu suchen. Wenn man jemand findet, der ernstlich helfen möchte, ist es ja unnötig, ihn abzulenken, dann kann man auf ganz normale Weise handeln. Ich kann es fühlen, ob der Doktor nicht nur den Wunsch hat zu helfen, sondern es auch kann und will.

Patienten trampeln und schreien und kämpfen, wenn sie ungewiss sind, ob der Doktor sie auch versteht. Es ist ein schreckliches Gefühl merken zu müssen, daß der Doktor nicht verstehen kann, was man denkt und fühlt, und einfach fortfährt, es besser zu wissen.

Dann beschleicht mich das Gefühl, ich wäre unsichtbar oder überhaupt nicht da. Ich mußte eine Szene machen, nur um zu sehen, ob er auf mich hört oder allein auf seine eigenen Ideen."

4.11 DAS RINGEN UM SELBSTVERSTÄNDNIS

Aus der Reserve seines kamoflosen Rückzugs heraus beschäftigt sich der Patient mit seinen Mitpatienten in einer Art gelangweilten Interesses ohne jegliche tragende Emotionalität, wie es in seinen angelegentlichen Schilderungen anklingt.

Es trifft den Patienten unvorbereitet und ohne jegliches Verständnis, daß ihm als Konsequenz seines Interesses, - Interessen, die deutlich außerhalb seiner Funktion als Patient liegen -, verboten wird, sich als Student sehen zu dürfen, indem man ihn hindert, sich als solcher zu betätigen. Ein wesentlicher Anteil seines Selbstverständnisses wird ihm weggenommen. Er ist jetzt nicht mehr der Student, der in die Psychiatrie eingeliefert wurde, er wird des Studentseins enthoben, - weniger durch die getroffenen Verbotsmaßnahmen als durch averbales Verhalten des Gegenübers, er i s t Patient.

Daß er sich mit Psychologie beschäftigt hatte, spielt im Stations-Environnement ebenfalls keine Rolle - außer möglicherweise ein Frickeln beim Gedanken, es handle sich hier um einen „falsch“ Getroffenen, er gehöre doch eigentlich zur „Gegenpartei“ der Stationierten - auch dieser Funktion wird er enthoben; dieser Tatsache wird keinerlei Gültigkeit zuerkannt, außer eines etwas betulichen Wohlwollens; alles und jedes wird aufgesogen von der Definition „Patient“.

Dadurch erfährt alles Vorherige gezwungenermaßen eine Umdeutung, Bisheriges verliert an Wirksamkeit, nicht an subjektiver Wichtigkeit.

Wiederum läßt sich demonstrieren, wie der Patient scheitert, er erlangt nicht das Akzept der Anderen, was er an potentiell Gemeinsamen anbietet, zählt im herrschenden Kontext nicht, wiederum registriert er, daß - von ihm aus gesehen wieder mögliche - Beziehungen sich als Fallen erweisen, daß da immerhin außer dem einen Etikett „Patient“ weitere wie „Student“ oder „Psychologe“ gelten, nichtsdestotrotz die letzteren aber offenbar an Allgemeingültigkeit verloren haben. Das erstere zu sehen ist er jedoch nur unter Vorbehalt bereit.

Sein Angebot, auf der Ebene „Student“ oder „Psychologe“ mit ihm zu kommunizieren, wird abgelehnt, akzeptiert fühlt er sich nur als Patient, ohne sich selbst in toto als solcher akzeptieren zu wollen und zu können.

Bei der Erörterung der Diagnose ergibt sich eine für den Patienten letztendlich uneinfühlbare Ängstlichkeit, ihm diese mitzuteilen, wird ihm andererseits doch ständig klargemacht, daß er Patient sei. Daß er selbst - auch zum damaligen Zeitpunkt - eine Vorstellung seiner Erkrankung hatte, dadurch möglicherweise zusätzlich irritiert und belastet war, machte für ihn die Klärung dieser Frage zwingend notwendig; die Betulichkeit und Geheimniskrämerei darum verärgerte ihn, er erwartete kein nutzloses Mitleid im Sinne einer nebulösen Schonung, sondern Aufklärung darüber, wann und ob überhaupt manche Symptome verschwinden, oder ob manches als Symptom überhaupt gewertet werden müsse.

Auch in Bezug auf diese für ihn so extrem wichtige Angelegenheit läßt sich keine Kommunikationsmöglichkeit finden, es erscheint nicht statthaft, und er offenbar nicht glaubhaft in seiner Willensäußerung, ihm den Wunsch nach Wahrhaftigkeit zu erfüllen. Er bleibt Patient im Wortsinn: jemand, der duldet, auch den ihm zuteil werdenden Schutz seiner „Gefühle“, ohne daß er diesen als

heilsam oder nützlich hätte empfinden können. Das wesentliche Signum seines Patientseins -die Diagnose- hält man vor ihm geheim, als sei der Name der Erkrankung für den Patienten ebenso erschreckend wie möglicherweise für die, die die diagnostische Feststellung trafen. Für den Patienten erscheint das Verhalten seiner Ärzte unvereinbar mit dem Inhalt ihrer Absichten: Einerseits besteht keine Frage - und Diskussionsmöglichkeit darüber, daß er Patient ist, einschließlich der Traktion eines solchen. Bei der Nachfrage des Patienten, in welcher Weise genau er dieses sei, und was seine Ärzte dazu meinen und zu sagen wissen - kurz, ein erstrebtes Gespräch über das Thema: Wie geht man denn um mit dieser Erkrankung, die Erfahrung der Untersucher, ähnliche Fälle betreffend, ausnutzen wollend- wird vom Konzept, -nämlich den Patienten einzig dieser Rolle gemäß zu behandeln-, abgegangen und ein Schutz der Persönlichkeit vor Argem betrieben, was der Konsequenz der Erklärung: „ du bist krank“ widerspricht, denn die Diagnose bedeutet lediglich eine Spezifizierung dieser Aussage. Der Patient muß diesen Versuch, ihn zu schonen, wiederum als verkehrt empfinden, lebt er doch mit oder ohne Etikett bereits seit längerer Zeit unter dem spürbaren Druck seiner schicksalhaften Erkrankung.

Im Krankenblatt schlägt sich dieser Komplex in einem Eintrag der Verlaufsbeobachtung nieder: „Herr P. gibt an, sich wohlzufühlen. Nur eine gewisse Konzentrationsschwäche mache ihm noch zu schaffen. Auf die Frage, welche Krankheit er zu haben glaube, meint er: „Vielleicht eine Schizophrenie (wurde ihm von uns nicht bestätigt), aber schizoid bin ich sicherlich.“

Interessant, daß auch diese, dem Patienten brennend wichtige Frage vom Untersucher in Frageform artikuliert wird und zu seinen Äußerungen keine Stellung bezogen wird, sondern ihm - im Selbstverständnis der Untersucher völlig natürlich - keine Bestätigung und Aufklärung zuteil werden durfte.

4.12 BLICKWINKEL

Im Bezugssystem Arzt - Patient des vorliegenden Falles bestand für den Patienten keine Möglichkeit, sich akzeptiert zu fühlen. Mit allem, was er tat oder äußerte, lieferte er sich Instanzen aus, die für ihn faßlich von sich behaupteten, das rechte Maß der Dinge für sich allein beanspruchen zu können, ohne daß er in seiner Vermessenheit hätte erkennen können, was verbindlich rechtens sei.

Der in der Umwelt liegende Maßstab ist allerdings für den Betroffenen kaum zu entschlüsseln, setzt sich der Inhalt dessen doch aus Unwägbarkeiten zusammen, deren Vielzahl den Patienten verblüffen muß.

Aus mehreren markanten Details wird dem Patienten immerzu das Eine deutlich, daß er sich nicht nur ausgeliefert fühlt, sondern es auch ist. Eine unter vielen Bemerkungen unseres Patienten sei hier herangezogen, die sich mit der Zahl der „Partner“ beschäftigt. Man kann sich denken, daß sich die Vielzahl der Anwesenden während des ersten Gesprächs möglicherweise erklärt durch wissenschaftliches Interesse am Krankheitsbild, daß Auszubildende gemeinsam mit einem vorgesetzten Untersucher sich den Patienten betrachten. Für den Patienten ergibt sich gerade aus der - wiederum ihm nicht erklärten - Mehrzahl der ihm Gegenübersitzenden - ein weiteres bedrohendes Moment, eskalierend in der auf ihn einstürmenden Fragerei aus allen Richtungen, ein Sinnbild einer nicht zu besiegenden, durch gleichwertiges Sichabwechseln nicht ermüdbaren Instanz, die ihn in seiner auch dadurch bedingten Schwäche überrennt und ihn immer kleiner und hilfloser zurückläßt.

Bestand doch für ihn auch keine technische Möglichkeit, den Raum zu verlassen, bedingt durch die ihn bezwingende Anordnung der Personenverteilung und deren bedeutsame, beherrschende

Symbolik der Körperhaltungen.

Alltägliche, scheinbar unwesentliche Dinge erlangten innerhalb der Situation im Ablauf des Krankheitsgeschehens eine außerordentliche Wichtigkeit, wurden als Wesentlichstes begriffen, da die Brisanz der unklaren Situation das für den Patienten am deutlichsten Spürbare war.

Anhand der einfachen Frage: „Wo sind Sie hier?“ läßt sich demonstrieren, in welcher eklatanten Weise die verschiedenartigen Standpunkte aufeinanderprallen: Hier die nicht in Zweifel gezogene Berechtigung, diese Frage und noch ganz andere stellen zu dürfen, dort die verblüffte Feststellung, daß man sich offenbar toderntst einen Witz mit ihm zu machen gedenkt, sind die zuerst Anwesenden doch viel eher darüber orientiert, wo man ist, als jemand, für den jegliche Voraussetzung, gerade dieses mit Sicherheit zu wissen, recht plötzlich abhanden gekommen ist durch den Bruch im gewohnten und erwarteten Ablauf der Dinge und durch die totale Änderung der persönlichen Verhältnisse, nicht zuletzt durch die Manifestation einer Psychose.

Es ist dieses besondere Verhältnis zwischen Arzt und Patient zu Beginn vom Betroffenen nicht als ein solches definiert; der Patient lernt erst im Verlaufe seines Aufenthaltes - und keineswegs freiwillig -, diesen Pakt mit ihm zu erkennen, möglicherweise zu akzeptieren oder die ihm zudiktierte Rolle auszunutzen, wie es sehr einfühlbar im vorliegenden Text zum Ausdruck kommt. Der Patient ist sich seiner Position durchaus intuitiv bewußt, versucht allerdings in verzweifelter Hilflosigkeit ein Apell, der unverstanden bleibt - seine Schwäche in persönliche Stärke umzuwandeln, ist er doch in der Lage, seinen Status als Patient -verrückt zu sein- durchaus auch gegen seinen „Kontrahenten“ zu richten, indem er diesen mit seiner „Schwäche“ bedroht. (s. Seite 38)

In diesem Blickwinkel gesehen wundert es nicht, daß der Aufenthalt in einer Nervenklinik vom Betroffenen nicht

unbedingt als die wohlverstandene Hilfe gesehen werden muß, die zu geben die gesamte Institution rechtfertigt. Viel eher konnte er zur Auffassung kommen, durch eine harte Schule gegangen zu sein, sich in einer strapaziösen Ausnahmesituation erfolgreich bewährt zu haben, sich durch diese auferlegte Plage einen Platz im Alltag wohlverdient zu haben, kurz, etwas besiegt zu haben, was nicht eigentlich zum Kampf dagegen hätte herausfordern dürfen.

5. DISKUSSION

Im Vorangegangenen wurde versucht, anhand einer ausführlich dokumentierten psychiatrischen Kasuistik und der im nachhinein vom Betroffenen erhaltenen Selbstschilderung, eine kritische Wertung der Beziehung zwischen Arzt und Patient vorzunehmen.

Jenseits anderer möglicher Sichtweisen rückt die verschiedenartige Interpretation der Situation durch die Akteure (Arzt-Patient) in den Vordergrund des Interesses.

Beiden stehen die gleichen informativen Merkmale der Umgebung zur Verfügung. Einer reagiert aus der Sicht des Anderen inadäquat, greift aus der Vielfalt der Informationen eine heraus, die handlungsanweisend wird, ohne weitere Hinweise beachten zu können, die die Vorherrschaft des gewählten Details widerlegen. Die für den Patienten zur Verständigung notwendige Eindeutigkeit wird in der Informationsverwertung auf Kosten einer konsensuellen Situationsdefinition hergestellt.

Bedingt durch die abweichende Interpretation des Gesamtzusammenhangs durch den Patienten wird dessen zwangsläufiges Ver-rücktsein augenfällig. Bemerkenswert erscheint die Tatsache, daß das Phänomen "verrücktsein" von den Anderen erst zu einem späten Zeitpunkt wahrgenommen werden kann, dann nämlich, wenn sich dessen greifbare Symptome nicht mehr verbergen lassen. Dies scheint aber eher auf einem Verlust von Kompensationsmechanismen des Ver-rückten zu beruhen, als daß es für sich allein einen Erkenntnisgewinn des Beobachters bedeuten könnte. Zu bedenken ist immerhin, daß für den Patienten persönliche Verwirrung altbekannter Verhaltensweisen und der Verlust des Überblicks sich im Umgang mit den Anderen erst verdeutlichen; möglicherweise wird die Unfähigkeit, sich im System ichfremder Maßstäbe zurechtzufinden, akzentuiert.

Der Beobachter stellt etwas am Probanden fest, was nicht als dessen Eigenschaft vorgegeben ist, sondern was an ihm geworden ist.

In der Schilderung des Probanden wird dies deutlich in seinen ständigen -wenn auch fruchtlosen- Versuchen, sich zu orientieren, mit Hilfe immer wieder neuer, untauglicher Deutungen, die zu einem völligen Verkennen der Situation

führen und einen umfassenden Realitätsverlust beinhalten. Er gelangt schließlich zu abenteuerlichen, nur individuell geltenden Situationsdefinitionen, die zugunsten von neuen zwar aufgehoben, aber nicht "berichtigt" werden können. Eine sinnvolle Verteilung noch vorhandener Energie ist nicht mehr möglich, eine Abgrenzung der eigenen Person gelingt nicht mehr.

Die von den Beobachtern protokollierte Inkohärenz, die Zerfahrenheit, die Ideenflucht etc. sind Ausfluß einer vorbestehenden Störung, die sich in einer scharf definierten Situation leicht feststellen läßt und gemäß nosographischer Objektivierung beschrieben werden kann.

Das durch diese vorbestehende Störung kenntliche Individuum wird erst innerhalb einer Beziehung unter festgelegten Vorzeichen als gestört kenntlich. Es ist also weniger das Unverständliche am Probanden als das "Nichtverstehen" des Probanden auffällig und als eigentliches Indiz seines Krankseins zu werten.

Bei dem offenbar nicht bewußtseinsgetrübten Patienten fehlt die adäquate Reaktion; es stellt sich eine Unfähigkeit dar, Informationen in gleicher Weise zu werten wie die Anderen. Die Vielfalt der Informationsangebote übersteigt die ihm aktuell zur Verfügung stehende Kraft, diejenigen allgemeinverbindlichen Charakters herauszufinden. Der Patient prüft alle ihm denkbaren Auslegungen, ohne eine Kongruenz mit der Auslegung der Anderen feststellen zu können. Randständige Signale werden zum wesentlich Bestimmenden, ohne daß es dem Probanden möglich wäre, kritischer Relevanz zu erwägen. Im Versuch, sich in der Welt fremder Maßstäbe zu orientieren, scheitert der Proband an der Unfähigkeit, eine Beziehung zu stiften. Das Resultat dessen manifestiert sich in einer mehr oder minder deutlichen Desintegration des Betroffenen, eines dadurch bedingten Realitätsverlusts und in einem Rückzugsgefecht im Rahmen der Selbstbehauptung. Die von den Anderen registrierte Gesundung oder Besserung wäre demnach eine Neuorientierung bei Weiterbestehen der grundlegenden Störung.

6. DER UMGANG MIT DEM ANDEREN

Es erscheint immer wieder die Unvereinbarkeit der Vorstellungen, die sich in ihrer Intention jeweils widersprechen.

Das, was als Hilfe geplant ist, erweist sich für den Patienten nicht als eine solche. Wo man ihm hätte helfen können, glaubt man, er könne dieses nicht ertragen.

Es stellt sich ganz deutlich dar, daß ein akut Erkrankter jenseits der notwendigen Psychopharmakologischen Therapie Hilfe notwendig hat, möglicherweise in einer Art und Weise, die denen, die während der Zeit der akuten Dekompensation die Verantwortung tragen - da sie ihn der Eigenverantwortung entheben mußten -, ungewöhnlich oder gar unsinnig erscheinen mag.

Es handelt sich dabei möglicherweise um eine Art von Hilfe, die sich neben der medikamentösen Therapie in weiten Bereichen in einem „laissez faire“ erschöpft, außer einer geregelten, zuverlässigen und wahrhaftigen Verfügbarkeit keine Angebote macht und in die außerhalb der Klinik liegenden Lebens- und Interessenbereiche des Patienten so wenig wie irgend möglich ordnend eingreift. Diese Ordnungsversuche könnten den Patienten bereits gefundener und bewährter Strategien, die ihm eine sichere Nische bieten, berauben und sein nachstationäres Leben empfindlich irritieren; die Toleranz Lebensweisen Betroffener gegenüber muß mindest so groß sein, wie es dem Patienten in seiner sozialen Gruppe zugestanden wird, handelt es sich doch um Dinge, die er in seinem Sosein nicht missen kann und die niemand anderer für ihn besser einrichten könnte als er selbst.

Es ist vielfach so, daß ein Patient innerhalb einer Nervenklinik sich so viel weniger ver-rückt als im Alltag verhalten darf; kleinste, individuelle Angewohnheiten, wie zum Beispiel das vom Patienten an anderer Stelle erwähnte Auf-dem-Boden-sitzen, werden nicht gestattet und verursachen eine Kette von pflegerischen Maßnahmen, die darauf abzielen, daß von der Verrücktheit sich nach außen hin wenig manifestieren darf. Es ist immerhin fraglich, ob diese Tatsache allein mit dem Anspruch der Mitpatienten auf Ruhe hinwegklärt werden kann. Denkbar ist immerhin, daß bei aller Sachkenntnis, die den Patienten Betreuenden in ihrer eigenen Hilflosigkeit das Bild vom angepaßten Geisteskranken benötigen.

Alles und jedes im Stationsalltag wird reglementiert - dies ergibt einen soviel kleineren Spielraum, als dies in jeder sonst denkbaren sozialen Gruppierung der Fall wäre (ausgenommen Kasernierungen anderer Art) - offenbar in der Annahme, der Patient sei auch, was die kleinen Dinge des Lebens betrifft, nicht in der Lage, für diese selbst einzustehen. Mit den kleinen Dingen ist in diesem Zusammenhang unter anderem die Entscheidung über die einzunehmende Körperhaltung - Sitzen, Stehen oder Liegen - gemeint. Der Effekt, der wohlmeinend erzielt wird - der Patient soll ja auch zur Realität hin erzogen werden, die jedoch keineswegs mit dem Einhalten übergebührlchen Verhaltens erzwungen werden kann -, wie auch ungebührliches Verhalten nicht jeweils einen Realitätsverlust aufzeigen muß, sondern lediglich für ein bestimmtes Individuum geradezu gebührlch sein kann - ist der, daß der Patient nicht nur seiner äußeren Valenzen entblößt wird, sondern daß ihm - möglicherweise über das notwendige Maß hinaus - soviel persönliche Rückzugsmechanismen genommen werden, daß es der seelischen Stabilisierung schon nicht mehr dienlich ist. Es sind dies die in

einem Kliniksbetrieb eher randständigen Dinge, die für den Patienten eklatant werden, wie zum Beispiel die Unmöglichkeit, ein noch so kleines, persönliches Revier zu haben, welches nicht kontrolliert, sortiert oder ausrangiert wird.

So entnehmen wir dem „Kleinen Scholz“, einem „Leitfaden für den Irrenpfleger“, später „Leitfaden für den Geisteskrankenpfleger“ in seiner 26. verbesserten Auflage unter der Überschrift „Allgemeines über die Eignung zum Pfleger und über Pflichten gegen die Anstalt“ den sicher wohlgemeinten Satz: „Wer geeignet befunden und eingestellt wurde, beachte, solange er am Platze verbleibt, daß es ein Krankenhaus ist, dem er nunmehr dient, ein Haus, in dessen Mauern vor allem Ruhe und Ordnung zu herrschen haben. Alles unnötige Geräusch ist hier zu meiden. Pfeifen, Rufen, Türemschlagen, Lärm bei der Arbeit, überlautes Gelächter, Singen, vielleicht noch gar beim geöffneten Fenster und im Verein mit zahlreichen Kranken, alle derartigen Dinge stören den Frieden des Hauses, machen bei empfindlichen Pfleglingen böses Blut, zwingen die ärztliche Leitung zur Rüge und zum Verbot, und die Maßregelung untergräbt dann so leicht die Arbeitsfreude und bringt einen Mißklang. Jedermann bewahre auch Ruhe beim Kommen und Gehen. Er meide Hänseleien von Mitpflegern, nicht nur wenn Kranke zugegen sind, sondern auch nach Feierabend in den Erholungsräumen. Er befeleiße sich friedfertiger Gesinnung gegenüber den anderen Pflegern zu allen Zeiten.“ Dieserlei Verhaltensanweisungen haben sich im Rahmen der kustodialen Psychiatrie ganz offenbar auch auf den Umgang mit dem Geisteskranken ausgedehnt, in dem Sinne, daß all dieses auch vom Kranken selbst verlangt wird.

Fern der Behauptung, irgendetwas am Gesein des Patienten hätte durch eine besondere Behandlung grundsätzlich geändert werden können, bleibt die Frage zu stellen, ob nicht doch periphere Schwierigkeiten hätten ausgeräumt werden können, bzw. nicht hätten zu entstehen brauchen, wenn man den Fragen des Patienten

eine Antwort hätte zukommen lassen, wurde der Patient doch gerade durch die Einseitigkeit des Fragerechts empfindlicher Orientierungshilfen beraubt.

Es sei nochmals betont, daß sich Grundsätzliches nicht augenblicklich geändert haben würde; denkbar ist allerdings, daß durch Beachten allgemeingültiger Konventionen - wie die Höflichkeit eine ist, die Fragen nicht ohne Grund ohne Antwort läßt - ein Vertrauensgewinn für die nächste Zukunft hätte statthaben können. Dies wäre für den Patienten wichtig gewesen und hätte von den Untersuchern nicht allzu großen Aufwand erfordert, lediglich den Gedanken daran, daß der Patient erst zum solchen werden kann im Verlauf einer diagnostischen Exploration, und sicherlich zuallererst die Rechte eines jeden Mitbürgers für sich beanspruchen kann, wie zum Beispiel das Recht, Aufklärung über die persönliche Lage zu erhalten. Sicher ist, daß all die schon vor seiner Aufnahme in einer Nervenklinik berichteten Abweichungen von der Norm den Verdacht erhärtet haben können, es handle sich um einen psychiatrischen Patienten, nichtsdestotrotz darf dieser Wissensvorsprung nicht zu Lasten des Patienten gehen, auch nicht in der Gedankenlosigkeit, wie die alltägliche Gewohnheit im Umgang mit Menschen in Ausnahmesituationen dies ermöglichen kann.

Es interessiert an dieser Stelle, ob die Art der Behandlung eines Patienten sich wirklich allein durch die Nachlässigkeit erklärt, die Untersuchern immerhin unterlaufen kann, oder ob ein Verhaltensplan auf Seiten der Untersucher existiert, in der Weise, daß von einem bestimmten Modell bewußt nicht abgegangen wird, welches sich in der Forderung nach Distanz erschöpft und: dem kühlen Beschreiben von psychopathologischen Tatbeständen; ein Modell nämlich, welches dem Untersucher in der Rolle des Allein-Frageberechtigten sieht.

Nun gibt es zwar Idealvorstellungen, was ein „guter“ Psychiater sei, beispielsweise schreibt HUBER in seinem Lehrtext: „... Der Psychiater war insofern stets zugleich ein distanzierter und teilnehmender Arzt, der sowohl Krankheitszeichen eruiert, als auch sich selbst als Untersuchungsinstrument einsetzt, beides, um dem Zweck der Untersuchung, der Therapie und ihrer unerläßlichen Voraussetzung, der Diagnose zu genügen... Fähigkeit zur Kommunikation und zur Distanz müssen sich also in der Person des Psychiaters vereinen. Er muß imstande sein, aus der Haltung des distanzierten Beobachters in die des engagierten Partners zu wechseln und umgekehrt.“

Wenn nun also im vorliegenden konkreten Fall – die Glaubhaftigkeit des Patienten steht außer Zweifel und seine Schilderungen sind in diesem Punkt keinesfalls als Krankheitszeichen anzusehen – die „Haltung des engagierten Partners“ zumindest zu wünschen übrigläßt, muß man sich fragen, was eigentlich die Bedingung dafür ist, in einer rigiden Art das Fragerecht zum Beispiel nur dem Untersucher zuzugestehen. (Man wird sich „unsachlichen“ Fragen des Patienten gegenüber, – meinetwegen Fragen nach persönlichen Lebensmaximen – freundlich zu erwehren wissen.)

Die Voraussetzung dieses offenbar nicht bezweifelten Anspruchs zu einem so frühen Zeitpunkt, wie eine Erstexploration dies ist, besteht möglicherweise darin, daß der Untersucher eine strikte Abgrenzung der eigenen Person für notwendig erachtet einem Individuum gegenüber, welches durch Vorinformationen und ein gewisses vorwissenschaftliches Anmuten als Patient erkannt wurde und gegen das er sich drastisch abzuheben wünscht durch die äußere Form der Machtausübung, ähnlich der kriminaltechnischer Verhöre. Die Frage bleibt, ob die Rolle des Untersuchers so deutlich das Nachspielen der Mitwelt-Reaktionen darzustellen hat,

eine Reaktion nämlich, die außerhalb der Norm Liegendes von sich weist, sich schließlich distanziert und durch sanktionierende Strategien in die Norm zurückzubringen sucht, sanktionierend in diesem Fall der Entzug der „Kommunikation“ durch den Untersucher.

Dieser denkbare Handlungshintergrund mag für viele Untersucher geläufig oder auch notwendig sein. Für den Patienten ist dies jedoch Ausdruck einer Verhaltensweise, mit der er bereits einige Zeit vorher allerorts Bekanntheit gemacht hat, daß man sich nämlich von ihm distanziert und daß er aneckt, seiner ungewöhnlichen Denk- und Verhaltensweisen wegen.

Der Patient hat nirgendwo eher als in einer psychiatrischen Klinik einen Anspruch darauf, in seiner spezifischen Art akzeptiert zu werden, ohne daß ihm deswegen Rechte abhanden kommen sollten, die jenseits der sicherlich begründeten Idee liegen, ihn zeitweilig bestimmter Verantwortungen und auch mancher bürgerlichen Rechte zu entheben. (s.a. GOFFMAN, FINZEN)

Nun setzt der ideale Umgang mit in spezieller Weise Erkrankten voraus, daß jenen gegenüber nicht ängstliche Barrieren errichtet werden, hinter denen - aus dem sicheren Gefühl heraus, eine Art Expositionsobjekt vor sich zu haben - über den so deutlich Andersartigen Beurteilungen, - letztlich Urteile - gefällt werden, in Mißachtung der natürlichen Bedürfnisse des Patienten, die immer dann maltrahiert werden, wenn außer den Symptomen der jeweiligen Erkrankung nichts am Betreffenden akzeptiert wird. Wenn auch im besonderen Fall nicht eigentlich das praktiziert werden kann, was gemeinhin Kommunikation heißt, so ist es doch zumindest möglich, in geeigneter Weise sich mit dem Patienten darüber ins Benehmen zu setzen, was mit ihm geschehen wird und warum dieses notwendig ist; auch wenn

dies vielerorts als unnötig oder phantastisch gesehen werden mag.

GLATZEL schreibt in seiner „Allgemeinen Psychopathologie“:

„Bereits im ersten Kontakt zwischen dem Psychopathologen und seinem Gegenüber wird eine Vielzahl situationsimmanenter Determinanten wirksam, die das Verhalten des Psychopathologen ebenso bestimmen wie seine Erwartungen hinsichtlich des Verhaltens seines Gegenüber. Nur auf einige von ihnen sei zur Verdeutlichung des Gemeinten hingewiesen. Die Beziehung zwischen beiden ist zunächst einmal definiert als eine Arzt-Patienten-Beziehung, für die es in unserer Gesellschaft eine Reihe allgemein anerkannter Regeln des Umgangs gibt. Zu ihnen gehört beispielsweise die Kompetenzverteilung in der Exploration in der Weise, daß allein dem Untersucher das Recht zusteht, Fragen zu stellen, die den persönlichen Bereich betreffen, daß allein er das Thema des Gesprächs, dessen Beginn und dessen Ende bestimmt. Während vom Partner zumindest bezüglich des Gesprächsgegenstands Offenheit und die Bereitschaft verlangt wird, alle ihm verfügbaren Informationen uneingeschränkt mitzuteilen, ist es in das Ermessen des Psychopathologen gestellt, wieviel von seinem Wissen er in welcher Form preisgeben will. Der Psychopathologe behält das Recht, seine Selbstdarstellung freizuhalten von Elementen, die das von ihm angestrebte Selbstbild gefährden könnten; vom Gegenüber wird jedoch erwartet, daß er ohne Rücksicht auf derartige Überlegungen auch mögliche soziale Makel vorbehaltlos offenlegt. Dem Psychopathologen ist es gestattet, zu dem von ihm gewünschten Zeitpunkt ein Urteil über seinen Partner abzugeben, auch ein solches, das in einer anders strukturierten Zweierbeziehung sicherlich zum definitiven Unterbruch des Kontaktes führen müßte.

Der Psychopathologe unterstellt in dieser initialen Phase der Beziehung auf seiten des Gegenüber nicht nur die Kenntnis dieser die besondere Situation charakterisierenden Regeln, er geht auch stillschweigend von der Annahme aus, sie würden von seinem Partner als verbindlich akzeptiert. Der erste Eindruck, den er

sich bildet, und der nicht selten auch der definitive ist, weil er die Führung späterer Gespräche strukturiert, ergibt sich aus der Beurteilung des Verhaltens seines Partners im Blick auf diese vorgegebene Situationsdefinition. Unterwirft sich der Partner diesen Regeln nicht, das heißt verhält er sich etwa so, wie er mit seinen Freunden umzugehen gewöhnt ist, so registriert der Psychopathologe eine Beziehungs- bzw. eine Situationsstörung. Verläßt er nun -vorschnell- die interaktionale Ebene, um sich auf die Position des distanzierten und distanzierenden Beobachters zurückzuziehen, so verstellt er sich mit der nun einsetzenden Symptomdeskription jede weitere Einsicht." (S. 231f)

Der letzte Satz des oben Gesagten ist hervorzuheben.

Von besonderer Wichtigkeit erscheint der Satz GLATZEL's:
„ In diesem Bemühen, das im Grunde in einer probatorischen Übernahme des Standpunktes des diskonformen durch den konformen Partner besteht, liegt die Kunst der geduldigen Exploration. Der Explorateur muß gleichsam ständig die Position wechseln, um seine eigenen Erwartungen aus dem Gesichtswinkel des anderen zu prüfen und umgekehrt ebenso dessen Verhalten an seinem Situationsverständnis prüfen. Mal muß er die Rolle des Kommunikators, mal die Rolle des Kommunikanten übernehmen. In diesem Wechselspiel entfaltet sich die Exploration, die dann im weiteren Verlauf mit Zwangsläufigkeit an Tiefe, Intensität und Breite gewinnt. (S. 233 a.a.O)

Die Aufnahmesituation stellt ohne Zweifel für den jeweils Betroffenen einen ungeheuren Eingriff in dessen Selbstverfügung dar; es nicht einzusehen, daß eine solche Situation - was die äußere Form angeht - dadurch noch brutalisiert wird, daß im Allgemeinen häufig auf die höfliche Umgangsformen verzichtet wird, insbesondere, was das Sichvorstellen und die Beantwortung von berechtigten Fragen betrifft; Fragen, die möglicherweise nur deswegen keine Beantwortung finden, weil der Fragesteller

bereits als Patient definiert ist und als solcher im Bezugssystem Arzt-Patient durch Übereinkunft der ist, über den zu verfügen ist. In anderen Sparten der Medizin mag ein Vertrag zwischen beiden Partnern bestehen, ist dort der Patient doch bereit, über sich verfügen zu lassen, da er vom Arzt Hilfeleistung von vornherein verlangt und diesen schon mit der Vorstellung aufsucht, einen Kompetenten über sich verfügen zu lassen. Anders, in vielen Fällen und vor allem, was akute Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis betrifft, gestaltet sich dieser Behandlungsvertrag in der Psychiatrie. Was unseren Patienten betrifft, so war dieser nicht in der Lage, die klare Definition „Behandlungsvertrag“ zu erkennen, da die Grundvoraussetzung, die Erkenntnis, überhaupt behandelt werden zu müssen, in seinem Falle fehlte.

Es ist eine denkbare moralische Forderung, dem Patienten in einer Lage, in der seine freie Willensbildung und eine ordentliche Realitätsbewältigung aus Krankheitsgründen aufgehoben sind, die Gewähr dafür zu bieten, ihm in seiner katastrophalen Vereinzelung eine Quantität an Eindeutigkeit zukommen zu lassen, wie dies nicht zuletzt durch die unverrückbare, in ihren Grundzügen nüchtern-wahrhaftige Zuverlässigkeit in der Person des Untersuchers erreicht werden kann.

Die Voraussetzung dafür liegt nicht zum Geringsten im klaren Bewußtsein über das Ausmaß des tatsächlich Machbaren - was für viele derart gering ist, daß als Kompensation gewissermaßen tausendfültige Hilfs- und Helferambitionen sich auf den Patienten richten- , manches Mal wird der Patient mit dieser an eigenen Bedürfnissen gemessenen Art der Hilfestellung überfordert oder gar mit Hilfeleistungen an seinen spezifischen Bedürfnissen vorbei auf eine - wie ihm dies erscheinen kann - bösartige Weise traktiert.

Jenseits des kompetenten Konstatierens des Vorliegens einer Psychose und deren fachgerechter psychopharmakologischen Behandlung sollte kein Raum bleiben, den Betroffenen mit unnützen Affektionen

in Berührung zu bringen, die sich aus allerlei Allzumenschlichem zusammensetzen, dessen Quintessenz letztendlich in der Abwehr des Psychisch Kranken liegt. Nicht nur in der Laienbevölkerung werden Strategien befolgt, die sich zwischen Angst und Mitleid bewegen.

Eine Zuwendung zum Patienten ist nur dann möglich, wenn jenseits des fraglos nötigen Registrierens seiner Symptome ein durch persönliche Ängste diffuser Natur unbeeinträchtigter Umgang mit diesem statthat, wobei die Art der Zuwendung die Bedürfnisse des Patienten zu berücksichtigen hat und im Besonderen sich nicht erschöpft im Herauskehren einer Rollendominanz. Die nüchterne Besprechung des procedere, wie es immerhin in den operativen Fächern praktiziert wird, wird meist aus nicht genau definierten Gründen dem Psychisch Kranken selten angeboten, so daß zu all den Problemen des besonderen Erlebens das reale Gefühl der Verfügbarkeit hinzukommen muß.

Die immer wieder erwähnte Uneinfühlbarkeit am Patienten, die einen Kontakt mit ihm unmöglich mache, darf keineswegs als Erklärung dafür herhalten, daß ein Kontakt nicht wenigstens versucht werde, wie es in geeigneter Weise durchaus möglich ist, wenn auch das erwartete Echo in nur verschlüsselter Form möglich ist und nicht unbedingt den üblichen Konventionen entspricht und den „normalen“ Erwartungen des Untersuchers standhält.

7. ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde versucht, anhand eines psychiatrischen Krankenblatts und der Stellungnahme des Betroffenen dazu, eine Interpretation der damaligen asymmetrischen Beziehung zwischen den Akteuren -Arzt-Patient- durchzuführen. Fast zehn Jahre nach seiner stationären Behandlung konnte ein ehemaliger Patient gewonnen werden, sein Erleben in Bezug auf Aufnahme und Aufenthalt in einer Nervenklīnik zu schildern. Die ausführliche Dokumentation des Aufnahmegesprächs war Grundlage und Erinnerungshilfe für die Erklärungen des Patienten. Da zum Zeitpunkt der Aufnahme eine geordnete Exploration nicht möglich war, entstand die eindrucksvolle, wörtliche Niederschrift eines Gesprächs zwischen Arzt und Patient, welches eine Reihe psychopathologischer Tatbestände enthüllt.

Die im Krankenblatt festgehaltenen Äußerungen des Probanden wurden diesem vorgelesen und im nachhinein von ihm "erklärt". Außerdem wurden von ihm einige Beispiele seiner Empfindungen zum Stationsalltag gegeben.

Seine auf Tonband genommenen Schilderungen werden wörtlich wiedergegeben und sind Anlaß eines Interpretationsversuchs, wobei die verschiedenartige Situationsauslegung der Akteure "Arzt" und "Patient" im Vordergrund des Interesses stehen.

1. R.Avenarius Der Verlust der Ich-Umwelt-Balance im Beginn
der endogenen Psychose
Über einige Aspekte der Psychopathologie, die auf
das Ganze und solche, die auf den Teil bezogen sind
Nervenarzt 47,482-487 (1976)
2. R.Avenarius Zur ätiologischen Gewichtung von Symptomen und
pathogenen Faktoren bei der Schizophrenie
Nervenarzt 49, 706-712 (1978)
3. W.v.Baeyer Wähnen und Wahn
Ausgewählte Aufsätze
Enke Verlag Stuttgart 1979
4. H.P.Dreitzel Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden
an der Gesellschaft
Enke Verlag Stuttgart 1968
5. A.Finzen Psychiatrie in der Kritik
Bericht über einen desolaten Zustand
Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 28.Juli 1978
6. H.Garfinkel Conditions of Successful Degradation ceremonies
American Journal of Sociology 61, 420-424 (1956)
7. J.Glatzel Endogene Depressionen
Zur Psychopathologie, Klinik und Therapie
zyklothymen Verstimmungen
Thieme Verlag Stuttgart 1973
8. J.Glatzel Soziologischer und psychopathologischer
Situationsbegriff
Nervenarzt 48,427-432 (1977)
9. J.Glatzel Das psychisch Abnorme
Kritische Ansätze zu einer Psychopathologie
Urban und Schwarzenberg München -Wien-
Baltimore 1977, 1.Auflage
10. J.Glatzel Über Abweichung und Abnormität
Nervenarzt 50,302-306 (1979)
11. J.Glatzel Allgemeine Psychopathologie
Enke Verlag Stuttgart 1979
12. E.Goffman Wir alle spielen Theater
Die Selbstdarstellung im Alltag
Piper Verlag München 1973,2.Auflage
13. G.Huber Psychiatrie
Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte
Schattauer Verlag Stuttgart -New York 1974

14. K.Jaspers Gesammelte Schriften zur Psychopathologie
Springer Verlag Berlin-Göttingen-Heidelberg 1963
15. H.Keupp Psychische Störungen als abweichendes Verhalten
Zur Soziogenese psychischer Störungen
Urban und Schwarzenberg München-Berlin-Wien 1972
16. H.C.Rumke Eine blühende Psychiatrie in Gefahr
Ausgewählte Vorträge und Aufsätze
Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1967
17. Th.J.Scheff Das Etikett „Geisteskrankheit“
Soziale Interaktion und psychische Störung
S.Fischer Verlag 1973
18. L.Scholz Leitfaden für Geisteskrankenpfleger
26.verbesserte Auflage
Carl Markhold Verlagsbuchhandlung Halle a.S.1950
19. L.Süllwold Symptome schizophrener Erkrankungen
Uncharakteristische Basisstörungen
Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1977
20. W.I.Thomas Person und Sozialverhalten
Luchterhand Verlag Neuwied 1965

LEBENS LAUF

Am 9.8.44 wurde ich in Worms geboren.

Meine schulische Laufbahn endete dort mit dem Abitur
an der Eleonorenschule.

Ab 1964 betrieb ich in Mainz das Studium der Medizin,
welches durch die Geburt zweier Kinder unterbrochen wurde.

1974 legte ich das Medizinische Staatsexamen ab,
die Approbation als Ärztin erhielt ich im Dezember 1976.

Ab Januar 1976 war ich für 2 Jahre in der Psychiatrischen
Klinik der Universitätsklinik in Mainz beschäftigt.

Seit April 1978 arbeite ich innerhalb meiner Ausbildung
zur Fachärztin in der Landesnervenklinik in Alzey.

Druck + Erstellung

Kh. Reinartz

Fotokopier- u. Vervielfältigungszentrum

Münsterstraße 19/21

6500 Mainz / Rh

Telefon: 06131/22400

